



Lei 17,50

Ed. Pamfil D. Ogodescu

PSIHOZELE

PSIHOZELE

EDITURA FACLA

EDUARD PAMFIL

DORU OGODESCU

PSIHOZELE

Redactor : ION ILIN
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU

Bun de tipar : 16.IV.1976. Apărut 1976.
Coli de tipar . 19. Tiraj : 14 000 + 90.

Intreprinderea poligrafică „Banat”
Timișoara, Calea Aradului nr. 1.
Comanda nr. 77.



EDITURA FACLA — 1976

PSIHOTRA

Publicat la București, în anul 1971
 Editura "Psihologie" — 1971
 100 pag. — 160 mm x 240 mm
 1000 exemplare — 1000 exemplare
 1000 exemplare — 1000 exemplare

PSIHOTRA — 1971

PREFAȚĂ

Ideea de nebunie a funcționat în limbaj înainte ca ființa umană să știe că nu este construită omogen, ci heteroclit. Paradoxal, dar adevărat, omul a știut despre sine că poate fi nebun înainte de a ști că este om, că poate filosofa despre condiția sa, că se poate angaja sau poate decade din extraordinarul său destin de cunoaștere și acțiune. El a început prin a admite că nebunia e una din ipostazele firești, cu care s-a identificat total și mii de ani a trăit co-substanțialitatea condiției sale cu aceea de alienație mintală. Abia mai târziu a început să traducă semnificația conceptuală a nebuniei într-o modalitate peiorativă, delimitantă și degradantă, situată în alt plan față de acela al normalității. Cu alte cuvinte, „rătăcitul mintal” nu a locuit în om, ci a fost om de la început, iar nebunia — un implicat la persoana întâi a naturii umane. Cu cât câmpul cunoașterii s-a lărgit, nebunul a fost progresiv considerat ca o variantă de om cu o altă structură și cu nevoia evidentă de „traducere” a specificului în-singurării în limbaj comprehensiv causal.

Totuși, pentru spiritul comun nebunia nu semnifică un fenomen uman firesc, ci un accident, defect sau rebut ontologic. În schimb, antropologii zilelor noastre știu că, așa cum sufletul omenesc este un fenomen probabilistic, tot așa și maladia mintală se găsește distribuită — în chip probabilistic — în natura și realitatea ome-

nească. Și există atâtea feluri de tulburări mintale posibile, câți oameni bolnavi.

Unitatea ontologică a ființei umane s-ar fi destrămat dacă ar fi trebuit să trăiască de la origine tensiunea dualității normalitate—insanitate. Dealtfel, ele nici nu sînt conciliabile pentru gîndirea spontană și informată fenomenologic. Dacă totuși cunoașterea psihiatrică a despicat și diferențiat maladia mintală de normalitate, încă distanța dintre ele a crescut progresiv, antropologia încearcă o nouă sinteză, pe un plan superior, între conștiință și „aventura” amețitoare a nebuniei, căutînd să găsească locul ei probabil în natura umană. Și postulează că la nivelul orizontului existențial, nebunia poartă încă strînse relații cu natura umană, „materialul” bolii și normalității fiind același. Pentru antropologi nebunia apare ca o față posibilă a naturii umane, un mod de a fi al omului. Și ea trebuie considerată înăuntrul aleatorului omenesc care se mișcă între limite largi și după toate direcțiile realității.

Vom prefera — pe cît se poate — un comentariu antropologic al „dezordinii psihice” fără ca prin aceasta să uităm că astăzi psihozele constituie subiectul central al științei psihiatrice. În acest fel nu uităm că dintre fenomenele naturii nimic nu este mai asemănător cu psihismul normal decît nebunia (psihoză). Ea reunește o multitudine de forme clinice caracterizate printr-un proces complex de dezorganizare a vieții psihice, printr-o degradare progresivă a persoanei putînd merge pînă la un fel de schematizare rigidă, heteroclită și incongruentă. În spatele oglinzii psihoticului stăm noi, ceilalți, care refuzăm să ne resemnăm față în față cu unele defecte pe care istoria evoluției umane pare că încă nu le poate evita.

Dacă natura bolii psihice, spectacolul sau discursul insolit al Nebunului au fost — și mai sînt — enigmatice

pentru mentalitatea comună, vindecătorii de suflete sau custozii sănătății psihice au dus o uriașă luptă de cunoaștere și asistare a evoluției aleatorii, capricioase și ciudate a bolnavului mintal. Drumul străbătut de psihiatrie de la epoca sîngerărilor masive, a dușurilor glaciare, a centrifugării sau extragerii pietrei ovale din creierul bolnavului psihic și altele, pînă azi, este oarecum paralel și echivalent cu distanța dintre teoria „spiritelor animale” sau „posesiunii malefice” și doctrinele actuale de patologie mintală. Din „ancilla theologiae” și prin ordine de consecință „ancilla demonologiae”, psihiatria s-a integrat din ce în ce mai mult (străbătînd un drum de intense eforturi și ascuțite crize) unei medicine care nu poate fi decît „arta” și știința de a vindeca.

Deviat, desfigurat, „rupt în bucăți”, psihismul continuă să devină și atunci cînd a fost prins în catastrofa alienării. Și psihiatrul trebuie să înregistreze și să înțeleagă această mișcare denaturată tocmai pentru a o putea redresa. Sprijinindu-se pe toate disciplinele care-i furnizează un material de informație, de la genetică la sociologie, de la biochimie la psihologie și farmacodinamie, psihiatria modernă și-a deplasat unghiul de perspectivă a problemelor sale majore. Sîntem contemporanii unei ample restructurări a universului alienației mintale. Prin introducerea medicației moderne în tratamentul psihozelor, suferința mintală a devenit reversibilă în sănătate. Suferindul psihic ne apare astfel ca o modalitate recuperabilă a condiției umane, ca un frate al nostru și nu ca un înstrăinat irecuperabil ca altădată. Cît de departe sîntem de evul mediu cînd nebunul era simbolul Răului, al diavolului, iar spitalul de nebuni funcționa ca „al treilea ordin al represiunii” (D. K. Kaupp) alături de poliție și justiție.

Spitalele de psihiatrie au fost curățate de nesfîrșita perturbație zgomotoasă, de agitația agresivă sau imobi-

litatea pietrificată și s-au transformat sub ochii noștri într-un fel de purgatoriu (mental) neutral, dominat de indiferență, apatie și somn. Patologia „muzeală”, galeria tablourilor clasice de nebunie ce „juca” într-o lume abstractă și rarefiată drama cifrată a disociației delirante a dispărut într-un trecut de care ne detașăm vertiginos. Avem certitudinea că s-a operat o mare revoluție de doctrină în considerarea antropologică a patologiei mintale.

O nouă atitudine față de boala psihică, și de-a lungul ei, instaurează un alt cerc de orizont pentru psihiatru și instituie un nou tip de raporturi interumane între medic și pacient. Ceea ce se adaugă vechilor sisteme de înțelegere și tratament este o mișcare, o devenire introdusă în timpul și spațiul patologic. De aceea nu cuprinde nici o exagerare afirmația că medicamentele psihice neuroleptice sînt o mare etapă a terapiei psihiatrice, constituind concomitent o înnoire a psihiatriei teoretice și frontul ei actual de dezvoltare. Iată de ce clinica psihozelor centrează cîmpul de acțiune a psihiatriei și deschide un evantai de probleme care vor avea cu siguranță o importanță decisivă în dezvoltarea sa ulterioară.

Transformînd radical structura universului azilar — spune Henri Ey — chimioterapia induce, animă și antrenează dezvoltarea psihoterapiei. În fond, fenomenul nu e o noutate ci, dimpotrivă, el reprezintă dinamizarea unei atitudini care a format întotdeauna cheia de boltă a psihiatriei și anume: influența interumană cu potențialul ei socializant. Tentînd paradoxul, am spune că bolnavul se modifică și fenomenele de ameliorare pe care le manifestă recad ca un ferment teoretic asupra concepțiilor și teoriilor psihiatrice.

Dar, să recunoaștem deschis: carența generală pe care clinica psihiatrică o prezintă, încă, în domeniul explicațiilor cauzale există evident și în ceea ce privește

mecanismele de producere a psihozelor endogene. În pofida acestor minusuri în cunoașterea complexe determinări a naturii nebuniei, conceptul clinic și pragmatic de psihoză nu încetează să funcționeze cu o eficiență excelentă, instalîndu-se în gîndirea de fiecare zi ca o neegalată formulă de diagnostic și implicit de terapeutică.

Direcția majoră de dezvoltare a gîndirii antropologice medicale îmbogățește și capitolul psihozelor cu dimensiunea profilaxiei. Printre incontestabilele „secrete” dezvăluite de către psihoze psihiatriei moderne, se găsește și raportul între șansele terapeutice și precocitatea de diagnostic. Pentru psihoze, ca și pentru oricare sector de patologie generală, cu cît deplasăm preocupările noastre spre aspectele preliminare și precoce ale bolii, cu atît angajarea și responsabilitatea medicală se înscrie în teritoriul problemelor capitale ale artei de-a vindeca și ale profilaxiei generale.

Misiunea umanistă a psihiatriei nu este epuizată de acerba bătălie a vindecării psihice. Ea încearcă cu întregul său aparat de înțelegere să aducă o lumină în cunoașterea profană spre profunzimea misterioasei suferințe, denumită generic, nebunie. Psihiatria dizlocă dezordinea sau indiferența care înconjoară, prea adesea, înțelegerea și cunoașterea celor ce cad în marea luptă pentru luciditate.

Pe laici îi interesează mai ales fabulația și anecdotul, ceea ce apare spectaculos și inedit în comportamentul alienaților mintali și mai puțin sufletul lor contorsionat și desfigurat. În schimb, psihiatria modernă, prin modelele succesive pe care le propune pentru comprehensiunea și empatia nebuniei, încearcă o cunoaștere de profunzime a universului mental sărăcit, arid și glacial al alienaților mintali.

Ceea ce cunoaște laicul sau opinia publică în general despre natura și manifestările bolii mintale e neașteptat

de simplu și precar. De aceea eforturile de cunoaștere a omului adevărat și de lucidă înțelegere a contradicției dubluri a naturii sale mintale nu vor termina niciodată explorarea persoanei și nebuniei. Curiozitatea nu este îndreptată numai asupra semenului bolnav, ci și asupra propriilor noastre particularități psihice.

Aceasta explică ralierea noastră la principiul de cunoaștere antropologică (sinnoetică) atât de vastă și de o bogăție nesfârșită, care cultivă ideea că efortul spre luciditate, spre integritatea minții este frate cu acela spre bucurie și seninătate. Și oricine începe să afle că acesta este tărîmul de act și prezență a psihiatriei, devine un „cîștigat”, un aderent la ideea unei omeniri ameliorate.

Cartea de față se înscrie într-o uriașă luptă de cunoaștere pe care psihiatrul este silit să o cîștige față în față cu nebunia, fără să se oprească și să obosească în efortul său cu aparență de multe ori sisifică.

Nebunia a însemnat dintotdeauna întîlnirea omului cu ne-raționalul și aceasta explică frica ancestrală de nebunie. Prin tema ei, ființa umană a avut și are o preocupare, o tensiune cognitivă față de o lume ce îl atrăgea prin inedit și miraculos, îl împingea dincolo de marginea orizontului său pragmatic și cotidian. Iar ceea ce omenirea a adunat, transmis și comentat cu privire la nebunie, este de găsit în basme, epopei, în narațiuni în general. Așa s-a născut „mitul nebuniei”. În schimb, lucrurile de profunzime despre alienație nu pot fi căutate decît la celălalt pol, la ceea ce au gîndit și transmis prin știința și limbajul lor psihiatrii și filosofii. La acest nivel se circumscrie „realitatea nebuniei”.

Natura psihismului, a sănătății mintale și bolii psihice au fost și sînt enigme pentru neinițiați. Deși ceea ce s-a cultivat și exprimat în gîndirea comună despre aceste realități complexe sînt lucruri explicite ce țin de tentația omenească de a formula un lanț de secvențe cauzale în

înțelegerea oricărui fenomen. În fond, se vorbea despre o altă „nebunie”, despre ceea ce ar putea fi numit ne-normalitate, adică ceva care constituie defectul originar al naturii umane. Din acest material s-a dezvoltat, în timp, cu puterea pe care o are epicul asupra minții omenesti, nefirescul „mit” despre nebunie pe care apoi (și foarte tîrziu) psihiatrii l-au reluat la nivelul cunoașterii abstracte. Cele aflate s-au concretizat în actul terapeutic ce diminuează misterul atât de invocat al nebuniei.

În tentativa de a diminua și ameliora ignoranța și improvizația laică din opinia publică privitor la natura bolii psihice, autorii își iau drept aliat filosofia, care funcționează și ca o „terapie” a limbajului despre nebunie. Și aceasta cu atât mai mult astăzi cînd sîntem contemporanii unei mutații a concepțiilor despre natura umană în normalitate și în varianta ei dezorganizată (boala mintală).

Cartea nu își propune să fie un comentariu neutral al dezorganizării psihotice și va provoca adesea o recădere în discuție a numeroase locuri comune, a clasificărilor care și-au făcut loc în dezbateri mai mult sau mai puțin convenționale. În schimb, referințele și împrumuturile bibliografice vor fi reduse la minimum, pentru ca lectura să nu fie obositoare și să stimuleze imaginația cititorului. Am optat pentru această modalitate eseistică, deoarece nu credem — în principiu — în valoarea creatoare a polemicii.

Pentru caracterizarea nebuniei cuvintele sînt puține și conținutul lor semantic este slab diferențiat. Lipsa unui limbaj comun și polisemia neologismelor folosite măresc „riscul babiloniei” — spune S. Kecskemeti — în perimetrul patologiei psihotice.

Psihopatologia poate funcționa ca știință doar în măsura în care instaurează o ordine epistemologică în haosul dezorganizării psihotice și reușește astfel să indi-

vidualizeze ceea ce este comun unor categorii de bolnavi. De aceea ne vom strădui ca printr-un limbaj multiplu să reliefăm ceea ce constituie specificul despre nebunie, dincolo de divergențele de opinii ale psihiatriilor de totdeauna.

Ar fi inutilă o formulare retorică pentru ca să subliniem, de la început, că psihiatria, ramură recentă și prestigioasă a medicinei, grupează o apreciabilă diversitate de direcții, un mare număr de școli și doctrine cu foarte slabă tendință de concesi reciprocă, cu „fanatisme” intransigente, atenuate din fericire de terapeutice și unele sinteze eclectice care au reușit să extragă un fel de „philosophia perennis” din incontestabilele adevăruri pe care observația suferinței mintale le-a acumulat în decursul a mai mult de un secol și jumătate de dezvoltare.

Riscând o sinteză antropologică despre „Persoană și nebunie”, autorii asigură pe cititori de aceeași angajare și devotament ca și în prezentarea suferinței nevrotice. Dar poate mai generoasă, ca o ofrandă pe care cunoașterea sistematică decantată din experiența clinică o reîntoarce asupra originii sale.

Optimismul scrutării noastre de-a lungul pătimirii și bolii psihice ține de bucuria redescoperirii unității Omului-uman, acest fenomen de sens și dimensiune cosmologică, și, de asemenea, de convingerea că tragedia însingurării psihotice nu este o fatalitate implicată în firea lucrurilor, ci doar o probabilitate ca și altele, adeseori reversibilă în sănătate.

Timișoara, septembrie 1975.

Autorii

SCURT ISTORIC AL NEBUNIEI

Reflexele de curiozitate nerăbdătoare ale unui neinițiat într-un domeniu științific se neutralizează, de obicei, cu o definiție. O vom lăsa pe aceasta la sfârșit și vom încerca, în prealabil, să prindem aspectele fundamentale ale științei denumită *psihiatrie*, chiar dacă nu are onoarea de a fi una din cele mai vechi discipline medicale, cu toate că de la Hipocrat se poate urmări un continuu fir roșu care formează de-a lungul mileniilor antecedente ale istoriei sale. Dacă ne gândim că cea mai bună introducere în medicina organică este dată de privirea în ansamblu pe care ne-o permite științele naturale, vom înțelege de ce lipsa unei științe naturale a psihismului a antrenat o întârziere a psihiatriei ca disciplină constituită. Această ramură a științelor umane se numește *psihologie* și ea are aceeași vîrstă și istorie frământată ca și psihiatria.

Stigmat al neamului omenesc sau poate o caracteristică genetică a speciei, nebunia a provocat dintotdeauna prin insolitul ei o atentă mirare, o cutremurare și o înmărmurire (un „tremor” și „stupor” spune R. Otto) celor ce o întâlneau. Ea a rămas de-a lungul secolelor o constantă preocupare omenească iar misterul ei ascuns continuă să fascineze și azi inteligența noastră. Nebunia ne trezește ca și labirintul cunoașterii „mirum”, „admirandum” și „fascinans” ar spune Paolo Santarcangeli.

Istoricul concepțiilor despre nebunie poate fi urmărit ascendent în firul istoriei. Dar, istoria nebuniei își înfige rădăcinile etico-sociale în istorie și nu în evoluția propriu-zisă a medicinei. Încă de pe vremea filosofiei grecești, această vîrstă nodală în istoria culturii, s-au

ridicat serioase critici împotriva separării tranșante dintre corp și suflet, dintre medicina somatică și cea psihică. Nebunia este o suferință corporală sau psihică, deci sufltească? Până să ajungă la un răspuns adecvat, istoria cunoașterii a străbătut drumuri greșite, ocolișuri inutile ce au rămas interesante pentru noi doar prin faptul angajării lor la înțelegerea omului adevărat și la descifrarea enigmelor nebuniei. „Nu sînt” — ar spune un dehamletizant — „atîtea întîmplări în țesătura sorții, dragă Horațio” cite a scornit mintea omenească în fascinanta ei bogăție imaginativă despre natura nebuniei.

Există, desigur, o istorie a nebuniei așa cum există una a omenirii sănătoase, în general. Dar este evident că nu variațiile, aparițiile succesive de forme diverse de patologie mintală pot să ne ofere materialul pentru o considerare a etapelor psihiatriei. Aceasta din urmă s-a constituit din atitudinea pe care cei ce veneau în contact cu nebunia au luat-o față de acest teritoriu al patologiei umane rămas misterios timp de milenii. Istoria părerilor despre nebunie s-a împletit cu aceea mai generală a concepțiilor despre om, despre relațiile dintre cei doi poli ai persoanei (suflet, corp) și cu lupta îndelungată între pozițiile extreme ale materialismului și spiritualismului. Dar, mai ales cu încercările de sinteză pe care le determină corelația dintre evoluția societății și concepția despre om și lume a fiecărei epoci istorice.

Putem întrebuința un criteriu sigur pentru a distinge cînd psihiatria devine o ramură a medicinei? Răspunsul este în mod necesar ambiguu, fiindcă și medicina suferă din timpuri istorice o transformare pragmatică și doctrinară continuă. Dacă luăm în considerare primele observații metodice făcute de un medic asupra nebuniei drept începutul legitim al psihiatriei atunci Hipocrat poate fi considerat drept fondatorul ei. Dar dacă întrebuințăm un unghi de vedere mai exigent, acela de aplicație științifică a fenomenelor de patologie mintală, deodată vîrsta psihiatriei devine foarte mică. Iar dacă ne propunem să definim psihiatria ca o știință (și artă) de a vindeca nebunia, atunci începutul ei este contemporan.

Încercînd realizarea unei sistematizări a acestei discipline vom putea împărți intervalul începînd cu epoca primitivă pînă astăzi în patru perioade :

- epoca primitivă, prehipocratică ;
- epoca inițiată de Hipocrat, urmată de o perioadă alexandrină și apoi, greco-romană ;
- epoca de tranziție (evul mediu, renașterea) ;
- epoca modernă, inaugurată de revoluția franceză și legată de numele lui Pinel.

Dacă ne aducem aminte că primul care formulează un adevăr axiomatic pentru psihiatrie : „*nebunia este o boală a sufletului*” este Shakespeare, realizăm drumul greu parcurs și lentoarea lui.

Popoarele intră în istorie sub autoritatea atotcuprinzătoare a credințelor și dogmelor religioase. Sufletul primitiv se regăsește în practicile magico-religioase care îi dau un sentiment de comunicare, de contact și de imuabilă subordonare față de forțele supranaturale. Religia fiind sistemul ultim și cel mai complex de interpretare a lumii, devine depozitul tuturor tentativelor magice de cunoaștere. În acest imens fond de înțelegere primordială a ființei primitive, se acumulează progresiv o extraordinară lume de superstiții, vrăjitorii, de explicații prin supranatural, de ritualuri, toteme, legende etc.

Printr-o contradicție — așa cum istoria cunoaște mereu — și inițiații ca și cei ce conduceau societatea, erau pradă unor mentalități sau, mai bine spus, unor credințe asemănătoare. Astfel știm despre „crizele” unui rege pe care David singur știa să-l calmeze prin muzica de liră sau despre nebunia lui Nabucodonosor care străbătea sălile palatului transformat în „lycantrop”. Despre aceste personaje proeminente s-a scris în cronică și ele ne permit azi să apreciem mecanismul „posesiunii”, pe care o sufereau, făcînd celebre evenimente care în scara oamenilor fără nume, ar fi rămas neînregistrate.

Interpretarea animistă admitea posibilitatea ca un individ să fie locuit temporar de un spirit nefavorabil ; acesta îl aservea integral. Există documente egiptene sugerînd aceeași concepție, iar grecii aveau în vocabular termeni preciși pentru acest fenomen : posedat de zei, de demon, energumen ș.a.m.d. Trebuie să subliniem că în tot patrimoniul legendar și literar — dramatic mai ales — al Greciei antice nebunia rămînea constant expresia intervenției supranaturale în însăși structura întîmă a psihologiei personajelor. Sînt și cazuri cînd nu

demonii, ci zeii Olimpului în persoană interveneau în această simbioză. Prin aceasta, bolnavii mintali — în accepția noastră — deveneau personaje importante, intermediari între divinitate și oameni, vizionari care preziceau viitorul. Toată lumea, de exemplu, cunoaște povestea Pythiei din Delphi.

Încercările terapeutice priveau numai pe posedații demonici iar practicile erau executate de preoți (asclepiazi) și cuprindeau manopere rituale: somarea spiritului malefic de a părăsi gazda temporară, apoi purificări, regimul de post, abluții cu diverse lichide, de la apa sacră la sînge de victime sacrificate ș.a.m.d. Uneori, datorită peisajului fericit al Greciei și climei sale admirabile, muzicii, mediului disciplinat și calm al templului — pe de o parte — și desigur și faptului că bolile psihice au adesea un potențial de remisiune spontană — pe de altă parte — se întîmplau vindecări care duceau la hipertrofia renumelui templelor și la apreciablea îmbogățire a tezaurelor lor. În acest sens ne apare firesc ca într-o societate cu profesii privilegiate să întîlnim încercări de uzurpare a celor ce posedau în exclusivitate secretele și inițierea vindecătorilor de suflete. Așa se face că școala pitagoreică a smuls exclusivitatea inițierii medicale din mîna preoților. Dar, nici noile și extinsele completări filosofice nu au schimbat cu nimic caracterul confuz al acestor sisteme care încercau să fie explicative pentru nebunie.

Hipocrat din Kos (450—377 î.e.n.), considerat pe drept părintele medicinei, nu a dezvoltat în sistemul său o explicație specială, psihiatrică, a bolilor mintale. Dar, după ipoteza aristotelică despre sediul cardiac al sufletului, faptul că Hipocrat stabilește în creier cauzele și originea vieții psihice îl determină și îi permite să integreze alienația mentală într-un sistem global de patologie unitar-organică. În școala lui se descriu boli psihice ca: frenia, mania, melancolia, boala sacră. Pe de o parte bucuria, risul, joaca — spunea Hipocrat — iar pe de alta mîhnirea, tristețea și nemulțumirea, iau naștere în creier. El ne face să ne pierdem mințile, să delirăm, să fim cuprinși de teamă, fie noaptea, fie în timpul zilei. Se prefigurează astfel bazele materialiste ale științei psihiatrice de mai tîrziu.

Descrierile hipocratice izolează din picla tuturor documentelor anterioare tablouri de boală cărora le găsim corespondență în limbajul psihiatric ulterior. Astfel, delirul acut cu febră, carfologie, tahicardie și un sfîrșit adeseori fatal este considerat și tratat în psihiopatologia modernă tot ca delir acut (encefaloza Marchand) ce are azi o foarte eficientă terapie. Probabil că freniile cuprindeau pentru școala hipocratică tot cadrul nosografic al psihozelor acute: confuze, halucinatorii și febrile.

E greu de reconstituit sensul exact pe care-l avea mania pentru Hipocrat. În orice caz, știm sigur că el nu coincidea cu cel actual. Dealtfel, descrierile sale vizînd formele de patologie amintite sînt axate pe explicații patogene: boala apare prin ruperea echilibrului umoral („discrazie”). Predominanța bilei negre, de exemplu, imprimă caracterul depresiv al tabloului de melancolie.

Deși a văzut și cuprins aproape toată patologia psihică trebuie să recunoaștem că Hipocrat s-a apropiat de ea din perspectiva medicinei generale. Aceasta i-a permis instituirea unor practici terapeutice revoluționare, constituind prima mare reformă prin care prerogativele castei preoțești păleau datorită unui sistem de cunoaștere pozitivă a lumii. Astfel, epilepticii au fost primii bolnavi psihici tratați cu mijloace ne-rituale. Lor li se prescria sîngerarea, exercițiile fizice, muzica, plimbările, regim alimentar cumpătat etc. În plus, mandragora și elebora (veratina) erau considerate ca droguri specifice pentru nebunie.

Asistență psihiatrică nu exista pe vremea cînd societatea consta din conducători și plebei. Repulsia instinctivă pentru alienația mentală nu putea să mărească șansele bolnavilor într-o societate în care privilegiile începeau mult dincolo de sănătoșii obișnuți.

Perioada alexandrină ilustrată de Herofil (335—280 î.e.n.) și Erasistrate (310—280 î.e.n.) reprezintă o epocă de tranziție spre lumea greco-romană. Documentele ne parvin indirect prin Galen care le-a completat cu concepțiile lui. Foarte probabil că investigațiile de tip descriptiv întreprinse de ei le-a deschis un orizont ce permitea să se continue — în sens hipocratic — un fel de știință naturală a nebuniei. Anatomia

și fiziologia nervoasă aruncau, pentru prima dată, o punte solidă spre cunoașterea biologică a alienației mintale.

În perioada greco-romană câteva nume celebre se adaugă la această istorie „împrumutată” a psihiatriei. Asclepiade din Bitinia (128—56 î.e.n.) materialist atomist, adept al filosofiei lui Democrit, doctor și retor, introduce noțiunea de atomi psihici și pornind de la teoriile hipocratice dezvoltă conceptul despre „alienatio mentis” separând net alienația acută, febrilă, de alienația cronică, afebrilă (mania și melancolia). El studiază și psihologia halucinațiilor și stabilește deosebirea lor față de iluzii. Variația în timp a formelor de nebunie îl conduce la încercări terapeutice prin contrarii (alcool în beție etc.).

Celsus (secolul II) creează cuvântul latin „insaniam” ca generic pentru alienație. Fără să se ocupe în mod special de psihiatrie, el realizează o clasificare tetrapartită a patologiei psihice: frenezia (delirul scurt), melancolia datorită atra bilei, delirul halucinator (vesel sau trist), delirul general sau parțial. Deși e empiric, sistemul său terapeutic cuprinde elemente de reținut, dar și aberații. Pentru tratamentul nebuniei, recomandă postul, lanțurile (I), pedeapsa corporală etc. ce trebuie aplicate pînă la vindecare.

Areteu din Capadocia (cca 80 î.e.n.) deși convins de originea aeriană a sufletului, a lăsat descrieri admirabile de boală psihică. A avut intuiții remarcabile ținînd seama de sistemul său și a analizat profund mecanismul melancoliei, subliniind corelațiile somatopsihice din cadrul acestei maladii. Tot el sesizează caracterul de aparentă hiperproducție intelectuală a maniacilor. În perspectiva psihiatriei actuale, rămîne impresionantă apropierea realizată de Areteu între manie și melancolie. Au trebuit optsprezece secole pentru ca adevărata sinteză științifică între aceste două „contrarii” să fie definitiv realizată de Kraepelin.

Coelius Aurelianus (cca 180 e.n.) epicureic și continuator a lui Soranus din Efes, completează opera clasificatoare a lui Areteu și dezvoltă un mare efort pentru a stabili corelații organo-psihice „în melancholicis stomachus, in furiosis vero caput afficitur”. Ceea ce

însă îl plasează într-o lumină importantă, este reforma terapeutică pe care a realizat-o. Toate mijloacele și regulile de tratament fizic și moral indicate de el sînt însoțite de o vehementă diatribă împotriva mijloacelor violente întrebunțate în tratamentul nebuniei. Cînd vorbește despre necesitatea contenției, uneori, el este primul care ne sugerează toate detaliile pentru menajarea pacienților.

Galenus, Claudius-Galien (131—200 sau 210 e.n.) din Pergam, cu toată prestigioasa lui personalitate nu a acordat psihiatriei o importanță prea mare în opera lui. Teoria lui umorală deplasa centrul de gravitație al problemelor în altă direcție. El stabilește o deosebire între nebunia idiopatică și cea simpatetică și introduce noțiunea de „morosis” (slăbiciune mintală) și demență (anoia) ca simptome ale bolilor psihice.

Spațiul care ne separă de evul mediu este trist și dezolant. Ideile lui Galen revin adesea în comentarii care însă nu le îmbogățesc. Razi (864—925) și Avicenna (980—1037), medici arabi, ajung la o localizare viscerală a diverselor forme de nebunie, mai ales în ficat și splină.

Ceața medievală se întinde apoi peste toate resturile lumii greco-romane. Credința în diavol invadează ca o vegetație luxuriantă sufletul colectiv al evului mediu. Haosul de doctrine este mai mult decît oricînd propice superstițiilor, vrăjitoriei, demonopatiilor, lycantropiei. Nenumărate valuri de „nebie religioasă”, de model isteric apar și bînuie în colectivități mari și mici. Creștinismul degradat în forme seculare a dat naștere unei pseudocredințe desfigurate de stupiditate și incultură. Teroarea patologică a infernului și a diavolului creează o stare de continuă agitație și persecuție a inovatorilor, ereticilor, schismaticilor.

Astfel, Torquemada crede în purificarea prin flăcările rugurilor și trimisul papei Inocențiu III spunea despre Albigeni „omorîți-i pe toți, Dumnezeu îi va alege pe ai săi”. O furie sanguinară cuprinde pe călăi și pe tortionari. Papalitatea ajunge la atitudini de tolerare a unui „furor religiosus” și încearcă să salveze și să mențină cu bule edificiul fisurat al bisericii. Nenumărate victime dispar în flăcări plătind prejudecățile și superstițiile ge-

neralizate. Exaltați autoacuzatori, halucinanți, deliranti, obsedați de teroarea închisorilor și a torturilor își amestecă existența patologică cu aceea a oamenilor sănătoși într-o infernală condiție umană dominată de superbe castele feudale. Nimeni nu protestează. Nu se aude nici o voce, iar cei ce conduc nu descifrează drumul spre un reviriment posibil.

Și Ambroise Paré (1510—1590) crede în originea supranaturală a nebuniei. Nebunul era considerat ca fiind „posedat” de diavol sau fiind el însuși diavol, deci întruchipare — după Foucault — a Răului. Și ca atare, atitudinea față de nebuni a fost aceea de a-i ține la distanță „sacra” din cauza repulsiei și groazei ce o provocau în opinie. Exilul lor din societate a avut inițial o semnificație rituală, ocazionând parodii de ceremonialuri religioase, alungarea cu nuiile, închiderea lor în azile.

În ajunul Renașterii, Hieronymus Bosch, implacabil și lucid comentator al mentalității medievale, ne prezintă expresiv și profund în opera sa universul baroc al nebuniei. Compania cu cei din „Barca nebunilor” sau ședința fantastică a extragerii „pietrei din cap” * la un maniac cu pantaloni roșii și părul alb de vîrstă, insolitele personaje din „Banchetul carnavalului”, grotesc și halucinant și altele, sînt incursiuni subtile, simbolizate sau convertite alegoric în universul nebuniei omenestii. Am evocat un moment din înalta istorie a picturii pentru ca să demonstrăm că omul creează mereu lumea sau o replică inteligibilă a marelui, misteriosului și prestigiosului univers din care derivă. Și nebunia, dublură a normalității, este un *experiment natural*!

Atitudinea față de nebuni a oscilat mereu după două modalități extreme: fie că ei au provocat teamă și respect atribuindu-i-se puteri supranaturale, sau repulsie și frică, care i-a obligat pe oameni să-i îndepărteze, izoleze sau chiar să-i pună în lanțuri la fel ca pe criminali ori pe fiare. Dar, această considerare și comentare magico-religioasă a fenomenelor nebuniei a constituit o gravă frînă în concepția despre alienare și Jean le

* Conform unei credințe care a dăinuit în tot cursul Evului mediu, nebunia era provocată de formarea unei pietre ovale în capul bolnavului.

Charlier (1363—1429) întreprinde o viguroasă critică împotriva demonologiei.

La sfîrșitul secolului al XVI-lea medicii regăsesc după o impresionantă eclipsă de aproximativ o mie de ani, drumul părăsit. Numele unui Baillou, Felix Plater, Sylvius Delbœ, Bonet aparțin epocii moderne, cu toate că lupta se desfășoară încă strîns cu autoritatea seculară a bisericii.

În această perioadă, Paul Zacchias (1584—1659) medic al Vaticanului, deschide seria preocupărilor psihiatrice moderne, luînd în considerare și studiu problemele medico-legale ale alienației mintale. Sydenham Thomas (1624—1689) semnalează posibilitatea apariției de tulburări mintale după febre intermitente. Willis Thomas (1622—1675) este un nosograf care se apropie din ce în ce mai mult de concepțiile psihiatriei ulterioare. El descrie melancolia și mania foarte nuanțat și, în plus încearcă o sinteză în ceea ce privește oligofreniile. El observă și succesiunea melancoliei cu mania. Dar, sistemul său este iremediabil „infestat” de descrierea spiritelor animale ce relevă reziduiile medievale din gîndirea acestui mare doctor. Bonet Th. (1620—1689) atrage atenția asupra corelațiilor dintre leziunile viscerele și nebunie. Studiile lui anatomopatologice sînt dirijate în acest sens.

În Renaștere se încearcă și unele transpuneri în terapeutică bolilor mintale. Apar primele trepanații ale cutiei craniene în scop terapeutic.

În secolul al XVIII-lea patologia mintală își capătă, în sfîrșit, un cadru independent. Enormul ocol, nenumăratele divagații pe care a trebuit să le presteze în marginea luptei dintre „unicism și paralelism” se rezolvă, în sfîrșit, prin identificarea alienației mintale și a fenomenelor psihopatologice cu suferința ființei umane, unitate psiho-biologică gînditoare și sensibilă. Dar, lupta mai durează. Diverse epidemii de „nebunie religioasă”, de convulsii isterice în masă, — mai ales în colectivități religioase feminine —, de fervoare adorantă nu se mai rezolvă cu autodefieri ci prin intervenția ponderantă a psihiatrilor.

Vienssens (1641—1720) realizează o sinteză între teoria cerebrală și concepția umorală a patologiei

psihice. Boerhaave (1668—1738) și van Swieten (1700—1772) continuă construirea unui sistem de psihiatrie morală din care ulterior nu putea să rămână decât ceea ce era peren în sistemul general pe care-l aplicau.

Morgagni (1682—1771), creatorul anatomopatologiei moderne, Bonet, Viennens determină o orientare a concepțiilor spre organic, spre materia vie. Aceasta apare ca un reviriment față de imprecizia pseudologică a teoriilor umorale. Secolul enciclopediștilor dădea astfel psihiatriei o orientare complet nouă.

Sauvages (1706—1767) este un nosologist. El distinge vesaniile sau bolile rațiunii cuprinzând halucinațiile, morozitatea sau tristetele, delirele și nebuniile anormale (uitarea, insomnia). Și, în plus adună tot materialul psihiatric cunoscut pe vremea sa.

Englezul Cullen (1712—1792) militează împotriva teoriilor umorale și stabilește o clasificare sistematică în care toate „nevrosele” — așa cum le numește — derivă din manie sau melancolie. El rămâne autorul care a elaborat primele schițe nosografice în psihiatrie și se pronunță cu rezervă despre tratamentele violente.

La sfârșitul secolului al XVIII-lea apar și unele legi de reglementare a tratamentelor și internării alienaților. La Paris exista un fel de preventoriu de unde, în urma unei trieri, bolnavii psihici erau internați la ospiciile de cronici. Condițiile rămăneau însă înspăimântătoare și dezumanizante.

Socotind că un domeniu de cunoaștere sistematizată și cauzală a fenomenelor începe să poarte titlul de știință atunci când își stabilește un limbaj organizat și progresiv, care se adaptează acestor fenomene și le traduce într-un complex sistem de semne permițând prevederea și controlul lor, atunci, psihiatria nu poate să merite acest titlu decât la sfârșitul secolului al XVIII-lea, în anii Revoluției franceze. Având adinci rădăcini istorice, psihiatria găsește implicit o serie de condiții generatoare în marea efervescență morală, filosofică și socială a revoluției burgheze. Așa, de exemplu, ideea de libertate, care fecundase spiritul european prin umanism și reformă, se poate asocia conceptului de responsabilitate, rezultat dialectic din egalitarismul revoluționar. Omul

nu mai este considerat nici înger și nici demon, bolnavul mintal devine un bolnav ca și alții, iar boala mintală este considerată ca o suferință rezultată din pierderea condiției de libertate lăuntrică. Apoi, dezvoltarea științelor naturale a condus la transpunerea și reconsiderarea dualismului cartezian dintre fizic și psihic — din controversă scolastică — pe terenul ferm al fiziologiei nervoase, care la rândul său trebuia să favorizeze dezvoltarea unei științe a tulburărilor mintale sprijinită pe interpretarea organică și dinamică a acestor raporturi.

Dar, mai ales, după zeci de secole în care asistența alienaților rămăsese sub incidența unor perspective, fie magice sau religioase, fie de primitiv pragmatism social... în acest mare sfârșit de secol XVII apar legate de numele lui Pinel, Tuke, Chiaruggi, instituții unde bolnavii mintali ajung să fie asimilați pînă la identic cu orice alți suferinzi, iar medicul se plasează față de boala psihică, fără să părăsească poziția sa fundamentală: aceea de asistent al suferinței. Din împlătirea unor asemenea factori complecși au rezultat condițiile suficiente și determinante pentru ca medicina să se „îmbogățească” cu domeniul nou al „nebuniei”.

Toată îndelungata perioadă preștiințifică a psihiatriei se caracterizează prin lipsa unei direcții ferme și sistematice de cercetare a realității nebuniei. Ea se reduce la explicații încărcate de analogii simbolice sau alegorii, de cele mai multe ori transformate într-o falsă reificare. Odată cu Pinel psihiatria își deschide era sa științifică. Se trece de la un fel de sincretism magic și paralogic la considerarea faptului psihiatric corelat cu sensul și importanța libertății individuale și a valorii spirituale a persoanei. Așa apare ideea de boală mintală posibilă ca un produs al istoriei, cu rădăcini etico-sociale implicând responsabilitatea individului. În secolul al XIX-lea nebunia începe să fie considerată ca o problemă socială și culturală descifrată într-un orizont antropologic general. Evident că se vor căuta metodele optime pentru apărarea grupului față de cei atinși de torsiunea și mizeria morală a nebuniei. Și a doua zi după ce s-a construit ca ramură legitimă și funciară a medicinei, psihiatria a început să piardă din precizia conturului datorită administrației. Fiindcă s-a recunoscut că este

vorba de o problemă socială cu toate implicatele de securitate și comoditate reclamate de societate. În acea epocă nu se putea proiecta și realiza mai mult, în afară de o asistență comprehensivă și empatică. Astfel ne explicăm de ce la început psihiatria se dezvoltă ca azil, adică ca o asistare umană și nu terapeutică.

În acest context, alienistul-filosof Pinel aduce o importantă contribuție științifică și umană prin fundamentarea psihiatriei ca știință și prin atitudinea care a dus la considerarea lui în același timp ca și „liberatorul” din lanțuri a bolnavilor psihici. Enunțând că nu există leziuni anatomice în boala psihică, el militează indirect pentru abordarea din perspectivă psihologică a patologiei mintale.

Desigur că medicina mintală exista de zeci de secole — așa cum desenul a început pe pereții grotelor — dar lipsea acea tensiune dialectică, acea structurare cauzală ce formează o știință dintr-un material difuz și aproximativ, aservit sau steril. Marea transformare a psihiatriei, în această perioadă, într-o știință aplicată a rămas totuși, o etapă tranzitorie.

Generația enciclopediștilor suspendase în chip radical autoritatea filosofiei speculative, denunțând-o ca o vastă îndepărtare sau derivație a spiritului. Dar fastidioasa dilemă, constând în sterila dispută despre opoziția dintre suflet și corp, dintre fizic și moral s-a insinuat în doctrina tinerei științe psihiatrice. Discuțiile interminabile și sectorale erau cu atât mai posibile cu cât psihiatria rămânea o modestă disciplină de asistență medicală fără un sistem terapeutic etiotrop, fără succese care să demonstreze eventuala validitate a speculațiilor sale. Rezultatul a fost dintre cele mai defavorabile. A trebuit mai mult de un secol pentru ca în ciuda unui material imens adunat de activitatea medicilor alieniști să se ajungă la o cunoaștere sistematică și valabilă a patologiei mintale, la un concept clar despre nebunie (psihoză), la o definiție aptă să funcționeze ca o referință, „un loc geometric” de înțelegere a bolii mintale universal valabilă, de la educator la medic, de la istoric la fiziolog, de la jurist la filosof.

E destul să reamintim, de exemplu, că de abia pe la 1850 se vorbește în studiile psihiatrilor, pentru prima

dată, de „tulburări de conștiință”. Dacă am încerca astăzi să ne imaginăm o psihiatrie care nu așează în centrul cîmpului său de investigație modificările de conștiință, nu ar rămîne din această disciplină de prestigiu decît o schematică transpunere a unor rezultate de laborator sau a observațiilor psihologiei animale arbitrar (dacă nu chiar simplist) asimilate și substituite celei umane. Lucrurile amintite mai sus s-au datorat faptului că transformarea psihiatriei într-o ramură a medicinei s-a dezvoltat paralel și a coincis, din multe puncte de vedere, cu o îndelungată criză a științelor biologice și mai ales antropologice. Din cauză că științele vieții se bazează pe principiul materiei în general, toate marile succese ale fizicii și chimiei au declanșat, printr-un fel de mimetism metodic, o deplasare a fiziologiei și implicit a psihologiei spre un pol atomist și mecanicist. Nebunia, considerată ca o paralelă a sufletului, a căzut în planul paralelismului între „fizic și moral” apoi în acela al fiziologiei și psihologiei. În acest răstimp, psihiatria tributară lor s-a văzut despicată între doctrinele moraliste ce soluționau problemele de psihopatologie prin criteriul incoruptibilității sufletului și deci căutau originea nebuniei în aspectele pe care le dă conștiința păcatului.

Materialiștii mecaniciști au ajuns la o monstruoasă, dar și puerilă, mitologie de localizări cerebrale a funcțiilor, fragmentelor de funcțiuni, a tuturor „particulelor psihice”. S-a conturat — în acest mod — o psihiatrie concepută ca o parte a neurologiei, practicînd concluziile unei concepții cantitative și mecaniciste, pentru înțelegerea patologiei mintale. Astfel individualizată, ea nu putea fi decît o nouă ramură de medicină somatică deservită de o vastă semiologie atomistică, nefuncțională, dezvoltînd o interminabilă nosografie ca o „zoologie descriptivă” a formelor de nebunie. Din falsa perspectivă creată a rezultat confundarea neurologiei cu psihiatria care conflauau, aparent, pe teritoriul comun al „viscerului cerebral”, adică a encefalului.

La aceasta s-a adăugat și ceea ce s-ar putea intitula în mod dramatic „trădarea psihologiei” care a consimțit ca subiectul concret al gîndirii, sentimentelor și acțiunii

să devină un simplu mecanism studiat în laboratorul experimental. Renunțând la conștiință, la subiect ca ființă materială și vie, homeostatică și autoadaptivă, în favoarea unei obiectivări aparente în comportamentul impersonal și stereotip, psihologia se pierde într-o disciplină hibridă între fiziologie și fizica experimentală, antrenând după ea și psihiatria.

Dar, neurobiologia și în general știința supusă influențelor de gândire revoluționară din a doua jumătate a secolului al XIX-lea au permis o treptată redresare a teoriei generale a psihiatriei. După ce a fost evident că psihiatria, ca și neurologia, nu pot fi decât discipline de patologie a sistemului nervos, s-a remarcat că în vreme ce neurologia se ocupă de infrastructura portantă reprezentată de căi și centri nervoși, psihiatria se ocupă de alterările psihismului. Nu există patologie mintală fără leziune, tot așa cum nu există psihism fără materie nervoasă. Dar nivelul mecanismului lezional se poate distribui pe o scară mergînd de la morfologia anatomică la microcosmosul molecular și submolecular.

Omul echilibrat mintal — persoana — devine referința generală pe care o implică actul psihiatric de înțelegere cu alienația. Boala mintală nu mai poate fi privită nici ca un conglomerat de simptome izolate mecanic și fără semnificație umană, nici ca oscilații ale comportării sub acțiunea unor simple variații ale factorilor de mediu. Deci, nebunia reprezintă o formă de dezorganizare a activității psihice pe care o condiționează un proces organic. Iar, știința bolilor mintale prinde în cîmpul său suferința, acolo unde se întîmplă o alterație și denivelare de ansamblu a vieții psihice, o *modificare a persoanei și a raportului său dinamic cu lumea*, de la reciprocitatea lui TU pînă la imperativul moral, universal valabil.

Argumentul fundamental al tinereții psihiatriei ca știință constă în faptul că ea e ultima care a devenit o disciplină obiectiv terapeutică, odată cu descoperirea substanțelor psihotrope. Fructul unor deliberări seculare, medicina alienației s-a instalat astăzi în rețeaua interrelațiilor cu celelalte științe umanistice și exacte, transformîndu-se într-un domeniu interdisciplinar (sinno-

etic). Mai mult chiar, după ce în secolul trecut opoziția dintre somatic și psihic părea să fie un viciu constitutiv al psihiatriei, astăzi sinteza materialist-dialectică ne permite să integrăm *biologicul și psihologicul* ca două fețe ale *unității triontice* reprezentate de persoana umană. Și rezultatul este că ne putem sprijini pe științele noastre ajutoare, tot atît de mult pe morfofiziologie ca și pe disciplinele sociale.

Nu mai departe decît cu o generație în urmă, specializarea în psihiatrie reprezenta o foarte tristă angajare în cel mai steril și incapabil domeniu al medicinei. Odată cu descoperirea neurolepticelor clinica bolilor psihice poate să-și aprecieze rolul și eficiența ca fiind asemănătoare cu a altor sectoare ale medicinei generale. Din azilul ce adăpostea drama celor înstrăinați, ospiciul a devenit spital și clinică, iar inscripția dantescă de deasupra porții de altădată a fost ștearsă de succesele terapeutice. Momente cruciale și fecunde au jalonat dezvoltarea tehnicilor noastre biologice și psihologice în ultimii cincizeci de ani.

Din rapida trecere în revistă a principalelor aspecte prezentate de fosta cenușăreasă a medicinei, rezultă că psihiatria zilelor contemporane nouă, s-a născut din gestul colectiv de protecție al societății la adresa nebuniei. Recunoscîndu-se în alienație o excepțională problemă psihosocială, s-a ajuns la concluzia că funcția generală de echilibru a grupului este legată uneori de neapărata izolare a bolnavilor mintali. Dar, acest aspect azilar al psihiatriei a creat în opinia publică o mentalitate care, eroică și generoasă la început, s-a sclerosat ulterior și mai dăinuie atenuat și azi. Zidurile spitalului de psihiatrie au funcționat ca un simbol de quietudine. *Nebunia este considerată un concept negativ, ea este refuzată ca și moartea. Cine are nenorocul să-și „piardă” mințile, este exclus din lumea oamenilor, devine un „exlex”, un „fuori le muri” pe care-l va îngriji marginalii medicinei, numiți psihiatri.*

Susser și Watson (1962) — ne informează V. Săhleanu — au încercat să explice atitudinea față de boala psihică prin aparentul „continuum” care există între sănătate și boala psihică, ceea ce produce anxie-

tăți reacționale. Pentru a calma spaima de îmbolnăvire formulăm o limită de demarcație cu nebunia prin internarea, îndepărtarea, devalorizarea socială a celui decretat „nebun”. Chiar dacă explicația nu ne satisface integral, rămîne încă o realitate faptul că omul contemporan se ferește de diagnosticul psihiatric și din cauză că etiologia, patogenia și terapeutica maladiilor psihice nu e nici evidentă, nici ușor inteligibilă. Totuși, despre boala psihică știm mai mult decît despre sănătatea mintală, deoarece ea reprezintă o realitate omenească denivelată și simplificată. Însă, dacă sănătatea ne-o dorim ca pe un lucru firesc și evident, ca un bun de mare preț, nebunia continuă să constituie un mister, o temă insolită declanșînd comentarii care nu de puține ori se îndepărtează de realitatea patologică. Tot așa se explică de ce un halou de neînțelegere în jurul foștilor bolnavi psihici continuă să existe și îndepărtează pe oameni de la accesul spre psihiatri sau spre spitalele de psihiatrie.

Normalii * poartă răspunderea de ce bolnavii psihici sînt aduși cu întîrziere la psihiatru, abia după lungi strădanii de a-i administra și înțelege cu etaloanele normalității. Apoi, bolnavul mintal este reprimat în lume după decalajul apreciabil al unei „carantine psihologice”. Și astfel după secole de observație atentă principalele modele prin care e surprins bolnavul psihic pornesc încă de la unele trăiri normale spre variante șarjate și degradate.

Psihiatrii știu și profesează metodic că boala psihică e de altă natură decît normalitatea, că este o unitate trionfică dezorganizată în care descoperim o ordine secundă. Iar psihoza (nebunia) reprezintă antidefiniția omului-om!

În secolul al XX-lea tulburările mintale constituie un flagel al umanității. Nenumărate familii sînt grevate de teribila sarcină de a conviețui cu un alienat. Nenumărați copii trebuie să împartă climatul insalubru pe care un bolnav mintal îl constituie pentru vîrsta celor

* Ed. Pamfil, Șt. Stössel, M. Lăzărescu. *Privind unele aspecte de limită între psihiatrie și psihologie*. În: *Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, nr. 4, iulie-august 1972.

în creștere. Nenumărați delicvenți, anormali psihici, încarcă justiția cu faptele lor necontrolate și iresponsabile. Acestea sînt probleme deschise la care medicul modern este chemat să participe chiar dacă nu este neapărat un specialist psihiatru.

Pentru ca medicina să-și găsească cît mai devreme caracterul revoluționar de disciplină profilactică, de știință a prevenirii bolilor este nevoie ca implicatul psihiatric să devină o componentă a conștiinței și a științei medicului, în general. Medicina psiho-profilactică și igiena mintală nu pot să atingă o eficiență și o fiabilitate la scară socială decît adresîndu-se unui public avizat în care toate specialitățile și sectoarele de educație și asistență sînt antrenate și angrenate în această acțiune. Este, poate, un adevăr puțin simplu dar fundamental: orice acțiune socială își crește randamentul proporțional cu aderarea conștientă și clară a maselor de oameni, a opiniei, deci cu educarea lor sanitară. Pentru a dinamiza opinia publică și a neutraliza ignoranța sau falsele cunoștințe față de problemele de boală și sănătate mintală, considerăm că e nevoie să se întreprindă informarea și perfecționarea celor ce au tangență sau o incidență cu aceste probleme.

R. Starr (1957) a arătat că majoritatea oamenilor contemporani cred că „nebun” înseamnă *comportament nepredictibil și violent, necesitînd îndepărtarea din grup*. Concepția actuală despre boala psihică și asistența bolnavilor mintali cuprinde încă aspecte care sînt rămase în urmă față de un climat cultural și moral în continuă ameliorare și dezvoltare.

Progresul excepțional și aproape neprevăzut realizat de psihiatrie prin concepția despre cuplul „sănătate” — „boală psihică” și tratament prin aplicarea și progresiva ameliorare a neurolepticelor, ne face să credem că în ultimii treizeci de ani s-a derulat adevărata și reprezentativă sa istorie. Doctrina psihopatologică consideră azi că natura bolii psihice se deosebește, calitativ, de sănătatea psihică. Și totuși prin tratament nebunia devine — pentru prima oară — reversibilă spre normalitate, într-o proporție considerabilă.

Paralel cu această inedită mutație și reconversie se schimbă statutul bolnavilor psihiici. În psihiatria contemporană el reprezintă un suferind ca toți ceilalți bolnavi, un frate de-al nostru descumpănit și înstrăinat. Psihiatrul are nobila misiune de a-l proteja și ajuta să-și regăsească seninătatea și existența echilibrată printre cei asemănători lui. Și își asociază la aceasta pe toți semenii receptivi la urîtenia suferinței, sperînd astfel să învingă prin bunătate și cunoaștere acest continent de durere morală, alienată și aparent ne-rațională. Chiar și pe aceia care ignoră că numai fericirea și creația sînt mai misterioase și mai greu de schimbat decît nebunia.

PATOLOGIA PSIHICĂ — MOD DE ÎNSTRĂINARE (etiopatogenie, modelare, clasificare)

În psihiatrie ne întîlnim, dialogăm și „empatizăm” cu omul bolnav sufletește. Sentimentul de suferință dobindește cele mai complexe aspecte înăuntrul perspectivei desenate de psihiatrie : în boala psihică nu se poate întîmpla nimic fără *autorefectare*, *cuprindere* și *înțelegere* care constituie jocul implicat și continuu dintre conștiință și suferință ; deci, într-un fel, dintre bine și rău. Aceasta mai rezultă și din faptul că psihiatria se ocupă în aceeași măsură de aspectele sintetice ale persoanei în două ipostaze : *normalitatea psihică* și replica ei degradată, *boala mintală*.

Dintre toate sectoarele medicinei, psihiatria își propune și se simte moralmente obligată, se „angajează” prin excelență să înțeleagă bolnavul, alături de explicația — mai mult sau mai puțin comprehensibilă — a mecanismelor psihopatologice. Se implică, astfel, crearea în jurul bolnavului psihic a unei ambianțe comprehensive, a unui orizont și a unei perspective existențiale împărtășite și solidare. Fiindcă medicina în varianta sa psihiatrică nu mai e o știință eminentemente descriptivă, ci prin excelență una de participare empatică.

Medicina, în general, este „locul mintal” unde ființa suferindă vine spre vindecător, de la „șaman la asclepiad”, pentru a căuta și cere înlăturarea răului. Aceasta este o definiție posibilă a medicinei ! Doar că în psihiatrie și medicul are nevoie de bolnav pentru ca să-și ordoneze procesul de gîndire și „iatrie”,

(yatrein = a trata). Psihiatria semnifică astfel un act de comunicare reciprocă între bolnav și medic, dublat de o generoasă dăruire de la vindecător spre suferind. Și, în rest, adevărata medicină uzează mereu de comprehensiune, se întâlnește și comunică cu oamenii. Dar acest lucru nu e absolut necesar putînd fi înlocuit doar de o înțelegere a cauzelor determinate ale bolii somatice. Din această cauză psihiatria este — incontestabil — nivelul medical cel mai complex și angajat de abordare a problemelor persoanei și colectivității. Deci — într-un fel — un *sumum* al comunicării inter-umane.

Boala psihică este mai amplu definibilă și inteligibilă decît alte suferințe umane (organice de pildă), criteriul ei fundamental nu poate fi decît perspectiva și *diagrama istorică*, evolutivă a persoanei și dezechilibrului său posibil. În general, definiția bolii se operează în raport cu starea de sănătate. Dar, multe definiții despre natura bolii păcătuiesc prin faptul că se referă la un tip de individ abstract, imobil și, în fond, necunoscut afectiv. Viața înseamnă mișcare, iar pe de altă parte, nu individul izolat poate fi un criteriu pentru caracterizări, ci doar specia.

În ceea ce privește definiția sănătății, psihiatria nu se deosebește funciar de restul medicinei. Dar, pentru că psihismul are o altă natură și anume: *inter-ontică*, problema e privită sub o altă incidență și în alt nivel. Adică psihismul se exprimă tot în sănătate, dar pe un plan și într-o perspectivă care face din oameni o familie de ființe intercomunicante și libere. Iar părăsirea normalității este o definiție posibilă a bolii, dar de aici încolo discuția despre suferința și boala psihică abia începe. În acest sens trebuie să amintim că există în istoria științelor — aplicate sau nu — discuții contradictorii ce se plasează apoi în domeniul cunoașterii sistematice, nu ca o sinteză univocă ci în forma lor dublă, nesoluționată. În fond — credem noi — este preferabilă o antiteză descrisă și „fișată” fenomenologic decît o sinteză artificială. Astfel se creează un fel de neutralitate reciprocă a pozițiilor ce se confruntă, fie din cauza unei prea mari bogății de argumente bilateral propuse, fie din insuficiența unei motivații peremptorii. Pentru ca să nu mai vorbim de inerția generală și aderentă la

forme consacrate, care frînează atît de des inovațiile epistemologice.

Aceste considerațiuni generale pot fi aplicate și pentru comentarea bolii psihice. Dispersată, cu timpul, pe un cîmp de comentariu vast, care se întinde de la explicații de tipul *somatogeniei specifice* pînă la *psihogenetica plurifactorială*, boala psihică a rămas totuși formulabilă în termeni clinici de psihopatologie și a provocat o inegalată eflorescență de cercetare prin intermediul faptului psihiatric. Unul din marile cicluri epistemic fusesse reprezentat și se ilustrase prin falimentarea tentativă de a descrie și de a reduce psihiatria la *entități anatomo-clinice*. După ce începutul secolului al XIX-lea însemnase debutul psihologiei medicale, axul de dezvoltare generală a medicinei atrăsese și gîndirea psihiatrică în aceeași febrilă direcție de cercetare reprezentată prin cupluri de paralelism morfo-funcțional sau organo-lezional. O exegeză mecanicistă a patologiei instaurase ceea ce Entralgo a denumit poetic „domnia semnului fizic”.

În confuzia prolixă și pulverizantă de realitate instituită de „solidismul” acesta organicist și mecanicist, s-a resimțit ca o reacție, necesitatea unei ordonări și clasificări a bolilor mintale. S-a deschis și s-a dezvoltat astfel era pe care au ilustrat-o mari maeștri ai clinicii psihiatrice de la Esquirol, Fallret, Moreau, Morel, Magnan, Seglas, Chaslin, Regis, Griesinger, Wernicke, Heinroth, Pritchard, Korsakov, Bechterew, pînă azi... În toate centrele sau clinicile celebre a început o titanică operă de clasare și descriere a unor tablouri semiologice tot atît de meticuloase pe cît erau de compozite și care ar fi trebuit să devină „bolile psihice”, precise, distincte, conturate ca un fel de contrapondere a restului patologiei moderne ce se înnoiește în întreaga sa extensiune folosind criteriul nosografic.

Cu toate că la început conceptul de „psihoză unică” fusesse preconizat de Esquirol, Zeller, Neuman, Friesinger, majoritatea clinicienilor au fost angajați în tentativa „linneiană” de a descoperi specii psihopatologice care să permită o clasificare sistematică făcută cu entități stabile și încheiate. În perspectivă realistă, o „entitate”

e motivată rațional și natural, atunci când constituie un grup de obiecte sau fenomene a căror comunitate nu este întâmplătoare, ci rezultă dintr-o aceeași cauză sau familie de cauze. Se observă că sensul din definiția de mai sus, implică și admite pentru boală o cauzalitate laxă și multiformă ce nu se „consumă” în stabilirea unui raport univoc, am putea spune. Or, este evident că pentru definiția dată bolii de patologia secolului al XIX-lea descoperirea unui *determinism linar* reprezenta o supremă împlinire, un triumf al metodei. Această direcție de cunoaștere a fost puternic influențată de un „prototip” de boală mintală construit după un model etiologic univoc : *paralizia generală progresivă* (P.G.P.).

Confirmarea anatomo-patologică și mai târziu neurobiologică pe care a primit-o *meningo-encefalita sifilitică*, a marcat prin succesul său doctrinar incongruența atât de frecventă dintre tabloul clinic și modificările de substrat. S-a văzut foarte repede că acea „demență euforic-expansivă cu idei de grandoare” e departe de a prezenta o constantă a fenomenologiei. Prima unitate psiho-nosografică rămânea imprecisă și polimorfă în ceea ce privește corelațiile posibile somato-mintale. Fascinanta iluzie creată la început de această entitate clinică a captat totuși toată atenția și a orientat activitatea clasificatoare ulterioară din psihiatrie.

H. Ey remarcă cu umor că tentativa alieniștilor de a descoperi forme clinice care să exprime factori etiologici specifici, a semănat cu febrila căutare a pietrei filosofale de către alchimistii medievali și a fost la fel de sterilă. Dar rădăcina comună a adevărului și neadevărului, a binelui și a răului din orice acțiune umană a permis ca din această excepțională operă de investigație să rezulte individualizarea unei serii bogate de forme clinice în pofida unor interpretări nosografice, mai mult sau mai puțin etiopatogenetice care le-au alterat. În ele, procese somatice cu un inevitabil efect de falsificare a perspectivei faptului psihiatric și-au dat mîna pe o scară de cauzalitate abstractă și ipotetică, ce se dizolvă în artificial. În fond, bolile mintale reprezintă *fenomenologia multifacială și dispersată* a unor foarte complexe asociații de factori. Criteriul semiologic părea atunci singurul potrivit cu natura lor, dar psihiatria

rămîne încă și azi destul de tributară metodei fenomenologice. Orice ignorare a acestui adevăr primordial s-a transformat în inextricabile și falimentare sisteme nosografice.

Obsesia „numîlorului comun”, a „radicalului bazal” din care să se deducă apoi mecanismul patogenetic conform entităților în prealabil delimitate, a provocat aceste ciudate „filii ante patres”, unități psihiatrice ce ar fi trebuit să fie confirmate sau consemnate ulterior prin descoperirea unor mecanisme etiopatogenetice. Avatarul acestor tentative s-a concretizat în opere ca acelea a lui Morel, Follret, Westphall etc. Din abundența și uneori truculența brutală și suficientă a acestui nesfîrșit material s-au decantat unele forme demne de reținut pentru o considerare istorică. Merită să fie notate : „nebunia circulară” a lui Fallret, „nebunia cu formă dublă” a lui Baillarger, „psihoza maniaco-depresivă” a lui Kraepelin. Intuiția genială a acestor clinicieni — și mai ales a lui Kraepelin — privind psihoza maniaco-depresivă reprezintă una din cele mai impresionante sinteze din istoria științelor naturale. Ulterior, completată prin ipoteza endogenetică constituțională, ea rămîne un splendid exemplu de unificare a contrariilor prin asimilarea lor dialectică. Așa cum Newton a exprimat atracția universală într-o formulare generală de ordin matematic, așa cum antichitatea greacă a descifrat existența gamei din structura melodiei, psihiatrii au identificat structura unificată a psihozei maniaco-depresive din dualitatea polară a suferinței afective.

Dacă paralizia generală a lui Bayle a fost un moment infaust prin febra nosologică pe care a dezlănțuit-o, sinteza kraepeliniană a psihozei maniaco-depresive trebuie considerată ca un „moment înstelat” al istoriei psihiatriei. Acest model de psihoză, eminentemente oscilant, intermitent, fazic sau recurent, a venit să cuprindă într-un sistem explicit și comprehensibil din punct de vedere fenomenologic, toată colecția sau galeria de fapte clinice periodice și polare din psihozele afective. Precum și corelațiile posibile dintre o anumită structură temperamentală și dezorganizarea psihotică. Psihoza maniaco-depresivă ilustra pe plan de patologie mintală una din legile fundamentale ale naturii vii : undulația,

oscilația sinusoidală, sistola și diastola, ritmul. Ea se plasa, aprioric, în contrast cu o altă formă generală, cu un alt model de distribuire în timp a proceselor naturale și anume continuitatea progresivă, curba neîntreruptă, traiectoria hiperbolică sau în trepte neregulate, continuu modificată față de ea însăși, nerevenind nicio dată la un „model” inițial, ci împingându-și propria desfășurare pînă la încheierea finală a unei curbe evolutive.

Ignorînd cauzalitatea patogenetică, dar folosind criterii foarte generale, ca acela de alterație progresivă și continuă a activității psihice gîndirea clinică se întîlnise de la început cu forma de suferință degradatoare (demențială) ce nu apărea ca secundară (vesanică) ci autogen primitivă, independentă și patognomică. Acest fundamental implicat al alienației, această „cealaltă” față a lui Janus, este chemată indirect spre lumină de arhitectura maniaco-depresivă prin care s-a deschis drumul spre o nouă sinteză kraepeliniană, aceea a *demenței precoce*. Odată formulată, ea a răscumpărat prin înglobarea într-un conținut fără margini precise, toate formele amfibii sau „lilieci” ce se eșalonau de la hebefrenia lui Hecker, catatonia lui Kahlbaum pînă la delirul cronic de persecuție, paranoia halucinatorie, delirele incoerente etc. E de la sine înțeles că un secol de eforturi privind nosografia mintală nu putea să fie reprezentat în ultima și cea mai cuprinzătoare sinteză (demența precoce Kraepelin) decît tot de o entitate, care rămînea însă incompletă în aspectul etiopatogenetic.

După ce psihiatria practică se suțea de ani această „licență” întruchipată de o nosografie mereu trunchiată și ipotecată de eventuala ei întregire deterministă, s-a stabilit un fel de toleranță în gîndirea sistematică a psihiatrilor pentru astfel de forme specifice. În fond, defectele recunoscute de toată lumea se investesc cu timpul de o atmosferă de normalitate. Acest viciu de conceptualizare a lăsat drumul deschis pentru o nouă interpretare generală, pentru un nou sistem integrativ de patologie mintală care, vizînd demența precoce, substituia criteriul dezorganizat și în final demențial, prin acela de *discordanță* a vieții psihice. Numele acestei sinteze a fost „schizofrenia” lui Eugen Bleuler (1911). De la apariția studiului princeps despre schizo-

frenie, aceasta a rămas în virtutea mișcării generale a gîndirii psihiatrice, mai mult o entitate, îmbogățită vertiginos de un imens material clinic ce se aglutinează în jurul axului originar, adăugîndu-i în extensiune dar micșorîndu-i omogenitatea, estompîndu-i limitele și dînd naștere la schisme, unele dintre ele formale (schizofrenia-sindrom, schizofrenia-serie patologică între două extreme ideale, schizofrenia divizată în demență precoce și schizofrenie, schizofrenia model de reacție, clasificarea atomizantă a școlii Kleist etc.).

Dar, înainte de a trata reconstituirea arborelui genealogic al schizofreniei, să încercăm să atenuăm, dacă nu chiar să dizolvăm, unul din serioasele complexe de inferioritate și important focar de perturbație doctrinară a psihiatrilor, cît și al altora care se ocupă de teoria medicinei. Ne gîndim la noțiunea de *maladie mintală*, la delimitarea unui concept situat la întretăierea unor științe umanistice vaste (*sinnoetice*) și care pe măsură ce medicina se dezvoltă mai exuberant își complică în progresie geometrică posibilitatea de formulare. E adevărat că și o știință exactă, cum e prin excelență fizica, se sprijină pe noțiuni ca : energie, forță, inerție, acestea fiind tot atît de precar delimitate ca și „maladia” pentru medicină...

Dificultatea primitivă a psihiatriei de a stabili serii cauzale de la etiologie la boală și desfășurarea ei cronopatogenetică au determinat un dublu fenomen de compensare : acela schițat deja de noi al entităților substitutive, surrogat al sintezelor etiopatogenetice sau altul ceva mai grav constînd în denigrarea psihiatriei ca știință clinică. Totul constituia o invitație la dezarmare în fața unei dileme ce părea insolubilă : imposibilitatea de a stabili o scară corelativă între modificările infrastructurale și alterațiile psihopatologice, între complexele etiologice și formele de expresie din patologia psihică. Desigur că rădăcini filosofice mai profunde au jucat un rol în această criză.

În secolul al XX-lea, desfășurarea unei vaste aparaturi de cercetare materialistă aplicată în biologie a impus considerarea bolii ca expresie a deviațiilor pe care media statistică a fenomenelor vii și a funcțiunilor organice le poate suferi. Rînd pe rînd, condițiile de

modificare a organismului prin pericole vitale, tulburarea echilibrului funcțional între organism și ambianța sa, insuficiența aparatului homeostatic etc. au fost folosite drept criterii de apropiere și circumscriere a noțiunii de boală fără ca discuția să pară vreodată exhaustivă. Toate definițiile au contribuit indirect să sublinieze extrema dificultate de delimitare și pătrundere a acestui fenomen vital, atât de proteic și polimorf, atât de subtil derivat din sănătate, numit boală.

Au fost unii (Gruber), care au enunțat imposibilitatea unei delimitări tranșante între sănătoși și bolnavi. Patologia funcțională inversând raportul de importanță și plasând pe plan secundar modificarea morfologică, a lărgit sfera noțiunii, ramificând-o după toate direcțiile de incidență a factorilor de ambianță, a celor istorici, a latentelor constituționale etc. Insuficiența definiției mecaniciste ce încercase prin valori cifrice și operațiuni metrologice să delimiteze conceptul de boală, a fost expresia unei gândiri dualiste, care institua o opoziție artificială între sănătate și boală, după ce trasase în prealabil o ipotetică separație între ele. Ca și în fizica probabilistă, apare astăzi evident că sănătatea absolută, în sens strict fiziologic, nu există decât ca o limită teoretică, abstractă. La celălalt capăt al seriei statistice de fenomene vitale s-ar situa tulburarea funcțională generală letală, adică moartea, reprezentând, de asemenea, o extrapolare abstractă. Între aceste extreme ale unei curbe Gauss se distribuie toată varietatea nesfârșit de bogată a formelor intermediare.

Böker, considerând sănătatea ca armonia echilibrată între funcțiunile organice și mediu, a socotit că fenomenul de boală și vindecare în general reprezintă ontogenetic, ceea ce adaptarea filogenetică a realizat în adaptarea evolutivă la continua fluctuație a ambianței. Evoluția ca și boala sînt niște experimente, iar boala și sănătatea realizează o structură complementară precum undulația și masa corpusculară a unităților de lumină (fotoni). Indivizii sănătoși se definesc printr-o proporție inversă decât suferinzii între procesele patologice și normale. Dar aceste tulburări funcționale nu reprezintă un element accidental care violează legile vieții. Ele sînt expresia generală a luptei și funcțiilor

organismului pentru realizarea continuă a înnoirii lui individual-evolutive. Și Böker crede că face parte din „legitatea” vieții să învingă tulburările determinate de fluctuațiile mediului, să se adapteze și să se dezvolte în sensul sănătății. Acest țel nu va fi atins decât „asimptomatic la infinit”. Sănătatea reprezintă o funcție limită a ontogenezei.

Din viguroasa critică, operă a acestor teoreticieni, psihiatria poate reține, de asemenea, interpretarea judicioasă a așa-numitelor *sindroame clasice*; acestea reprezintă încercarea de a sistematiza și cuprinde regularități fenomenologice în opoziție cu unicitatea ireductibilă a fiecărui caz de boală care, privit izolat, ar duce la prăbușirea nosografiei. Fiindcă legile nu cuprind numai materialul de observație și experiență, ci și instanțele proceselor de înțelegere ce ne leagă de fenomenele naturale, pe care le cunoaștem. Nernst a subliniat că legile biologice au un caracter calitativ. Ele se învecinează cu regulile care reprezintă relații mai atenuate și laxe de cauzalitate. Legile, în sens fizic, par să se aplice fără excepție. În timp ce regulile, într-o majoritate a cazurilor, funcționează ca un coeficient de necesitate mai slab. În acest sens, tablourile nosologice clasice stau pe o treaptă de cunoaștere științifică ce ține de reguli și nu de legi.

O altă zdruncinare suferită de edificiul entităților nosologice e reprezentată de *principiul solidarității totaliste* a structurii organismului în timpul tulburărilor care, într-o primă aproximație, ar părea fragmentară (Pavlov, Goldstein). Boala nu mai este un amalgam aditiv, o adăugare a factorului perturbant la un organism substrat. În patologie are loc o continuă adaptare sau modelare reciprocă a factorilor ce definesc cele două direcții de continuă evoluție, desfășurarea organismului și ambianța.

În medicina contemporană, pentru care nu există viață fără reacție patologică, pentru care patologia își are legile proprii, independente și neformulate de fiziologie, pentru care constituția se transformă, a devenit inevitabilă ruina etiologismului clasic. Procesul patologic nu poate comporta o cauză unică, legătura între cauză și boală nu e de tip liniar, unidirecțional. În ata-

careia bolii, terapeutica nu se adresează decît rareori cauzei propriu-zise ce a fost absorbită în desfășurarea procesului reactiv patologic.

Linii mari, după care am încercat să prindem unele comentarii iscate de opera bleuleriană, converg toate spre o concluzie capitală: pentru a cunoaște și a ne inspira din doctrina schizofreniei este necesar să o considerăm în sistematica ei fundamentală, aceea de *sinteză psihopatologică*. Această renunțare aparentă la descoperirea cauzalității nu alterează valoarea de cunoaștere științifică și nivelul general al specialității noastre. În fond, psihiatria trebuie să fie întotdeauna drumul de investigare a vieții mintale. Chiar dacă ar fi în posesia integrală a lanțului de fenomene explicative, de la structura spațială a moleculelor proteice și pînă la dinamica prodigioasă a mediatorilor chimici, de la cibernetica circuitelor neuronale pînă la mecanismul memoriei, psihiatria va rămîne o disciplină a problematicii psihologice fiindcă studiază funcția cea mai diferențiată pe care o manifestă materia nervoasă: *conștiința* și *pledarea libertății*.

Acest succint tur de orizont în cîmpul psihopatologiei clasice ne demonstrează că știm despre boala psihică atît cît știm despre instincte, ereditate, memorie, inteligență etc., adică izbutim să pătrundem după unele direcții pînă la excelente aporturi de comprehensiune. Tot așa, cum, după altele, nu știm să facem decît primul pas, acela al întrebării sistematice, modale (*cum e boala psihică?*). Răsfoind „cartea de aur” a psihiatriei clasice, aflăm, de pildă, că boala psihică este o replică degradată a normalității. Iar pe măsură ce s-au descris, s-au individualizat și formulat reguli generale de prezentare ale tablourilor de patologie mintală, s-a afirmat concomitent și tendința unor acțiuni de sinteză și clasificare. Cel mai important rezultat la care trebuia să conducă această ordonare și coordonare ar fi fost descifrarea din ce în ce mai amănunțită a etiologiei și respectiv a patogeniei bolilor psihice. Or, medicina psihică a continuat să ocupe un loc aparte și defectiv din acest punct de vedere. Formele de *boală mintală* cu o *etiopatogenie concretă* nu au întârziat să fie cunoscute dar, concomitent, s-a văzut că rămînea o însemnată cantitate de patologie psihică

nesesizabilă în scheme cauzale și nerezolvabilă în secvență patogenetică.

Într-o perspectivă generală, ceea ce formează unitatea și coerența unui tablou de boală mintală rezultă din coincidența fenomenelor înlăuntrul formulei individuale, ca atribute ale vieții psihice dereglate ce definește o persoană în suferință. În cealaltă patologie — cea somatică — acest mod de a conduce și organiza cunoașterea a fost de mult depășit, din două motive. Primul, fiindcă bolile somatice sînt mult mai „sectorale”, mai repartizate visceral, mai instrumentale în raport cu funcțiile de ansamblu ale organismului. Dincolo de aspectele „unificatoare” umorale și nervoase, organismul bolnav se lasă analizat și divizat în unități funcționale. De la anatomie la bolile de sistem, de la secreții pînă la stress etc., el este considerat ca o continuă corelație de forme și mecanisme, respectiv de sisteme, a căror legitate a fost elucidată de către științele biologice. Al doilea motiv, derivă din constatarea că definiția sănătății și a patologiei este ireductibil deosebită de aceea a psihiatriei. Biologia ca și „istoria naturală” a formelor de viață psihică nu este încă scrisă și „înscrisă” într-un sistem explicativ științific determinist, polarizat și dinamic. Cu cît cunoașterea explicită a naturii umane progresa, ni se pare că fenomenele psihice reprezintă o integrare aparte, fără comparație și modele pregătitoare printre celelalte fenomene. Este evident și banal faptul că psihismul este o globalitate dinamică. Dar mai puțin evident și general admis astăzi, că *legile de ansamblu ale vieții mintale sînt nedivizibile*. Dintr-o asemenea discuție, rezultă deci niște constatări de aspect paradoxal, după care aceeași cantitate de informație suficientă spre a „cauzaliza” funcțiunile organice rămîne sub pragul de explicare și înțelegere a evenimentelor psihologice iar extrapolarea modelelor de explicații patogenetice din toată suprafața patologiei este doar aprioric angajată în clasificările psihiatrice. Se așteaptă ca în viitor nosografia să fie confirmată „aposteriori” de datele pe care le vor aduce biochimia și biofizica moleculară, neurofiziologia, psihozele experimentale, psihofarmacologia, microscopia electronică etc.

Rezultă o primă concluzie pragmatică : psihiatria se depliază pe un teritoriu gnoseologic între ce este boala psihică și cum este boala psihică. În acest sens psihopatologia construiește încontinuu modele ale bolii psihice. Și, paradoxal, ea poate să dea mai multe modele plasate la același nivel comprehensiv.

În ceea ce privește cauzalitatea și patogeneza, ne abținem, pe cât e posibil, să le folosim în încercarea de definiție a bolii psihice deoarece valoarea lor explicativă e minoră în psihiatria de azi. Spus mai pe larg, cantitatea de informație pe care o deținem referitor la originea și mecanismele declanșatoare ale suferinței psihice sînt încă insuficient de ample pentru ca să poată fi folosite într-un sistem de explicație sau să intre într-o definiție. Totuși înțelegerea actului psihiatric constă în însăși practica absolvirii de suferință și durere morală. Acțiunea e mult mai extinsă decît știința, iar binele posibil e mai vast decît știința medicinei !

Psihopatologia a propus mai multe *modele ale bolii psihice* fără a ignora că nimic nu e mai asemănător din ansamblul fenomenelor naturii cu psihismul normal decît boala psihică. În fond boala, considerată în general, poartă în ea caracteristicile unui experiment natural ce se sustrage comprehensiunii discursive. Iar din felul cum concepem legătura dintre „viscerul psihismului” — creierul — și fenomenele definitorii pentru activitatea psihică, depinde validitatea poziției noastre filosofice și epistemologice în psihiatria teoretică. Împrumuturile filosofice au condus — în istoria psihiatriei — sau la formulări *dualiste* dezvoltînd paralelismul de tip cartezian dintre fizic și psihic, dintre suflet și corp sau, prin opoziție, la *monismul mecanicist* care plasa determinismul integral al fenomenelor mintale exclusiv în funcțiunea viscerală a creierului, tot așa cum idealistii îl inscriau în realitatea „fără dimensiune” a psihismului pur, a spiritului. Argumentele și materialul critic pentru înfrîngerea acestui „schematism antifilosofic” constituit de fapt din pseudoprobleme, n-a întîrziat să se adune și a condus la transcenderea acestei contraindicații milenare a filosofiei și psihiatriei. Dezvoltarea psihiatricii moderne coincide cu pașii alerți de instaurare a metodei materialist-dialectice în știință. Ea izbuteste să ate-

nueze contradicția dintre subiectiv și obiectiv, corp și suflet etc.

Organogeneza sau *psihogeneza* era „întrebarea de foc” a psihiatriei clasice. Alternativa „somatogenezei”, dezvoltată de medicina mecanicistă, era deosebit de prestigioasă. Ea a raportat însemnate succese în clinica bolilor somatice și s-a extins prin simetrie în domeniul faptelor de suferință mintală. Dar același criteriu înseamnă reducerea vieții psihice la un epifenomen al materiei vii. Pe de altă parte și „psihogenia” bolii psihice este tot așa de simplistă, ca să nu spunem absurdă, fiindcă existența umană nu este corp și suflet. Ea înseamnă o unitară angajare în lume, este *ființare după o modalitate trionfică*, unifiantă și dinamică și semnifică concomitentă deschidere spre alții și către lume dezvoltându-se ca un *cîmp de semnificații*.

Atîta timp cît organizarea vieții mintale nu constituie și modelul general de pătrundere și explorare a fenomenelor, omul nu-și poate bănuî trăsăturile psihice ; cît timp insul nu ajunsese la conștiința individualității lui, fenomenul fundamental al vieții psihice, conștiința libertății lăuntrice nu putea să emeargă. Pînă la insul modern, care se așează în lume cu responsabilitate și libertate, toate convingerile și explicațiile despre suferința psihică au fost explicații magice, deci, enunțate porem din afară. Cîtă vreme concepția despre persoană ca parte integrantă a fenomenelor sociale nu s-a cristalizat, omul nu a putut să se înțeleagă pe sine însuși decît prin niște analogii simbolice, alegorice, de cele mai multe ori tratate și transformate într-o falsă interpretare. Pînă în lumea noastră, ființa a oscilat căutîndu-și modelul, cînd în inger, cînd în diavol. În fond, nu e nici una, nici alta ! E mult mai mult : *modelul tuturor lucrurilor ordonate și inteligibile din lume*. Și asta nu pentru că el a făcut lumea, ci pentru că lumea l-a făcut pe el și lumea întreagă, toate problemele ei se reflectă în om. Așa cum spunea Lenin, reflectarea lumii permite psihismului să se manifeste ca o imagine sintetică a tot ceea ce se întîmplă în realitatea materiei, energiei și informației.

Atunci cînd psihiatria a intrat în medicină, aceasta suferea de boala mecanicismului, a patologiei de con-

tiguitate fenomenologică. Medicina în care tocmai sosea și se instala psihiatria era dominată de un materialism mecanicist, o medicină a organelor și aparatelor, a creierului „neurologic” care consideră sistemul nervos doar în funcțiile sale de adaptare și instrumentale. Medicina făcea pe atunci colecții de simptome pe care le grupa și deducea patologia bolilor, nomenclatura și mijloacele terapeutice.

În psihiatrie, medicina a găsit la rîndul ei niște tentații corespunzătoare. Psihiatria a făcut o listă de boli psihice, o psihopatologie și nosografie. De fapt, această psihiatrie era mai puțin chiar decît neurologia și consta doar în încercarea de a deduce din viscerul cerebral o patologie. Nume celebre în această perioadă sînt Cabanis, Grisinger, Bayle, Broca etc.

Psihiatria ca visceropatie cerebrală, trebuia să demonstreze că alienatul era un bolnav ca ceilalți, că pentru înțelegerea nebuniei nu e nevoie de modificarea criteriului de abordare și cercetare. Azi, dacă mai există tentative de a gîndi astfel, acestea sînt forme depășite și sterile. Medicii din acea vreme nu aveau de ales, deoarece trebuiau să demonstreze *unitatea* patologiei și nu *diversitatea* ei. Atunci au apărut cîteva mari probleme, ca de pildă, aceea a localizării funcțiilor psihice. Gall localiza caractere și aptitudini psihice pe suprafața creierului, fixa zone speciale pentru trăsăturile caracteristice, pentru talente, defecte etc. Pe aceste hărți frenologice se putea citi tot. Creierul era o reuniune de organe parțiale, fiecare părticică a scoarței reprezenta o subclasă a caracterului integral. Apoi s-a ivit problema *afaziei*. Broca studiind creiere de afazici a localizat „centrul vorbirii” și pe această teză s-a desfășurat apoi „bătălia” afaziei. Prin înfrîngerea „mecaniciștilor localizaționiști”, psihiatria a scăpat de pericolul de a fi „înghițită” de neurologie.

Dar a mai avut de trecut o cataractă atunci cînd *reflexologia* a făcut încercarea de a reduce fenomenele psihice la fenomene de natură asociativ-reflexă. Însă psihiatria a învins și acest baraj epistemologic și ea se va dezvolta ulterior ca o ramură a medicinei ce se ocupă de condițiile normale și echilibrate de organizare, funcționare și de declinurile posibile ale persoanei confruntate cu aspectul lor patologic.

În orice tentativă de definire antropologică a suferinței mintale este necesar să introducem criterii de apreciere sui generis, inexistente în restul patologiei. Viscerul cerebral reprezintă ceva deosebit ca organizare și funcție în marele context al naturii. Organul care își prelucrează propria activitate, care se autoaplică în demersurile sale și realizează sinteza continuă între subiectiv și obiectiv...

În structura persoanei totul servește unei desfășurări a integrării neuropsihice. Și această construcție, rezultat al derivației evolutive, de la embrion la social, devine în domeniul vieții psihice o gradăție de la un determinism rigid la libertate, cu rădăcinile instinctive obligatorii și vasta energie simbolizatoare a inteligenței difuze care se cheamă și constituie imaginarul. Psihogeneza, de orice fel, presupune relația cu lumea. Ea este sociogeneză și în măsură sensibil egală, fantastică și inventată. În acest sens, *boala psihică este o boală a libertății și suferință a invenției, cu descompuneri și neoformații compensatoare*. Pentru H. Ey — părintele organodinamismului — boala psihică are o structură complexă, duală. În orice dezechilibru de suferință mintală apar și se compun, se împletesc două direcții complementare: un aspect *negativ* (destructurarea conștiinței) și un aspect *pozitiv*, compensator, de neo-formație (delir, halucinație etc.).

În această viziune, în care persoana este tratată ca o organizare nivelică, cu cît ne apropiem de infrastructură, ea (persoana) ne va apărea mai determinată, cu cît ne înălțăm în secvența catenară a nivelelor sale constitutive, ne vom întîlni cu ceea ce se numește generic libertate. Evident, cantitatea de libertate a bolnavului psihic e mai mică decît aceea a propriei și precedentei sale existențe. Această dinamică concepție nu scapă încă de vechea dilemă a antinomiei subiect-obiect: lumea este ori o plăsmuire a subiectivității, ori aceasta nu are nici un sens și nu poate fi cunoscută decît prin unghiul descris din afară spre interioritate.

Nici *psihopatologia fenomenologică* — așa cum vom vedea și în continuare — nu a reușit să răspundă la toate întrebările psihiatriei. Dar, dezvoltînd un nou și

fascinant univers — acela al subiectivității eliberate — fenomenologia încearcă să dea răspunsuri la întrebările de profunzime și obsedante ale ființei. Demersul fenomenologic, considerat ca echivalent al ființării persoanei în lume, ne eliberează de teorii neapărat explicative și ne îndeamnă la disponibilitate meditativă despre specificul naturii umane. Persoana umană, grupare fenomenologică complexă, nu se poate aborda cu o promisiune exhaustivă și orice definiție ce o vizează este de la început incompletă. Ea este mereu modelată, îmbogățită și adecvată prin noutate, funcționând ca o dimensiune a realului. Aceasta determină ridicarea ei pînă la rangul de *sistem de referință* în lumea cunoașterii, a comprehensiunii și informării. Activitatea psihică este — de asemenea — dominată de o neîntreruptă tendință de depășire a planului actual și al momentului transversal de existență. Atunci cînd psihismul nu se mai cuprinde pe el însuși prin noutate și creativitate, înfrîngerea și subordonarea progresivă în favoarea vechiului îl dediferențiază, dezordonează și degradează. Patologia psihică este — în acest sens — dezorganizare și sărăcire, adică o deficiență de echilibru și adaptare a vieții mintale. Oricum, realitatea patologicului se situează întotdeauna cu cel puțin o „treaptă” de complexitate mai scundă decît nivelul normal al sănătății psihice.

Persoana — în normalitate — se ridică detașîndu-se continuu din „ne-numire”, se situează în lumea valorilor, se califică prin faciesul axiologic pe care și-l asumă și care se poate descifra în actele, gîndirea și expresia ei. Și în același timp persoana e un non-sens în afara grupului constituit și coerent sprijinit pe un fond de valori. Realitatea trăită a oamenilor dezvoltîndu-se și desfășurîndu-și actele în grupul asociativ apare profanului ca și psihiatrului a fi de-o omogenă structură.

Fie că e considerată ca lumea corporal-fiziognomică imediat sesizabilă și vizibilă, fie că se urmăresc modalitățile de reacție și manifestare sau se investește „curriculum vitae”, viața și ansamblul realității fiecăruia se detașează pe fondul lumii ca sistem distinct și particular. O analiză mai atentă a acestui fapt orientează psihologul sau psihiatrul după două direcții de

comprehenșiune și sinteză : una este aceea a originalității absolute a vieții individuale, fiecare ins fiind unic și irepetabil în identitatea sa ; cealaltă se înscrie în direcția unei considerări posibile în grupe, clase, tipuri. În ambele cazuri, e vorba de oameni care-și desfășoară existența în cadrul instituționalizat și, mai mult sau mai puțin, standardizat al socialului și la care participă prin acceptarea lor de către grup ca membri capabili de a fi investiți cu responsabilități și posedînd funciara însușire de a fi asemănători și probabil buni. Adică practicarea actului moral și girul de încredere și investire etică a grupului sînt condiții ale normalității din punct de vedere social. Ieșirea sau „deraparea” din ele, vor putea defini oricînd anormalitatea și alienarea. Aceasta este evident, o definiție din *perspectivă sociologică* a suferinței mintale, în care *criteriul axiologic* nu poate lipsi !

Normalitatea individuală are deci un criteriu ce cuprinde considerarea, raportarea și încadrarea sa socială într-un grup. Dar aceasta formează doar un pol al individului. Această inserare nu epuizează fasciculul de probleme ale normalității și nici nu se suprapune, echivalent, peste alte criterii. Și față de acest cadru delimitat și exterior, putem întîlni „glissando”-ul spre marginalitate socială. Practic vorbind, criteriul sociologic general nu definește ci doar corelează normalul și anormalul. Din punct de vedere social, normalul semnifică un ideal axiologic unitar și omogen. De unde, *pierderea autodefinirii axiologice e o altă definiție posibilă a bolii psihice* !

Comunicarea prin limbaj este un liant major al relațiilor interpersonale, al existenței grupate de ființe-oameni. Acestea nu se pot modela și cunoaște decît prin și în comunicare cu ceilalți. Însăși natura umană este inter-ontică ! A exista, înseamnă a comunica ! Și deci, în condiții asociate, libertatea de adaptare și integrare se țese în „rețele” de reciprocitate omenească. Din această perspectivă boala mintală înseamnă o dezorganizare, de diferite grade, a vieții psihice din cauza fisurării integrității și *unității triontice* a persoanei. Ceea ce se acompaniază în planul de expresie, adică în nivelul semantic, cu diverse grade de de-semantizare.

Aplicarea unui model * de analiză semantică (*ontico-structurală*) ne permite să concludem pe baza datelor oferite de experimente că :

Boala psihică este o dezorganizare, dar ea implică o ordine secundă. Semnul major al bolii psihice la nivel semantic este *dis* — sau *non actanța*, ne-necesara legare între gândire și fapt. În psihopatologie, dezordinea nu poate avea loc „oricum”. Alienatul se desfășoară cu modalități de ordine și mișcare reduse ca număr și incidențe, după o manieră preponderentă sau prevalentă. Îngustarea libertății de mobilitate semantică este expresia dezorganizării, eroziunii și degradării funcțiilor de libertate ale persoanei suferinde.

Patologia psihică este, sigur, un *defect structural* și mult mai puțin un defect instrumental. Dezastrul e pe toată extinderea ființei, deși noi simțim obișnuința să-l citim sectoral. Iar comprehensiunea bolii psihice implică astfel, criterii semantice, metasemantice și ontice. Persoana în normalitate și boală nu poate fi înțeleasă în afara unui orizont circular și anume : firescul psihic — boală — limbaj — lume.

Psihopatologia informațională ** tentează o definire a bolii psihice și a modelelor sale pe claviatura „ordine” — „dezordine”. În patologia psihică redundanța devine elementul semiotic major al alunecării spre dezorganizarea vieții mintale. O astfel de abordare a psihopatologiei pe diapazonul „informație” — „redundanță”, o face mai amplu comprehensibilă, deoarece psihopatologicul este raportat „punct cu punct” la normalitate.

Dezavantajul acestor definiții și modele ale patologiei psihice (fenomenologic, sociologic, comunicațional și informațional) ține de faptul că nivelele expresivității și acela al genezei, nu se suprapun. *Planul expresivității nu epuizează geneza, dinamica și modul de soluționare a suferinței psihice*. Ea (expresivitatea) e prea „leneșă” ca să țină pasul cu dinamica modificărilor multiple din cadrul bolii psihice.

* Șt. Stössel, D. Ogodescu. *Normalitate psihică, boală, limbaj*. București, Editura științifică, 1972.

** Ed. Pamfil, D. Ogodescu. *Psihologie și informație*. București, Editura științifică, 1973.

Psihanaliza s-a înscris de la începuturile sale ca o îndrăzneată încercare de depășire a antinomiei corp-suflet. Portretele și schematizările abstract impersonale ale psihologiei clasice erau astfel înlocuite de o psihologie înfățișând un om concret, viu, dar tulburat de trăirea unei drame interioare ce zace în profunzimea ființei ca plătoul de lavă a continentelor în derivă. Motivația actelor psihice rezultă, după psihanaliști, din ciocnirea între energia instinctivă și instanțele represive ale realității sociometrice. Psihanaliza nu a reușit, să ofere o viziune valabilă despre ființa om, adică despre persoană. Gîndind-o ca pe un sistem strict și liniar determinat, freudismul nu s-a putut desprinde și emancipa din „țesătura” raționalismului cartezian. Sufletul se numește — la Freud — conștient, iar corpul sudat și substant, este inconștientul, iraționalul în desfășurarea normo-genetică.

Aplicarea consecventă și exclusivă a principiului determinist în cunoașterea psihismului suprimă orice perspectivă de libertate a acțiunilor umane și desființează posibilitatea cunoașterii.

Piaget* comentează astfel eșecul tentativei freudiene de a întemeia o adevărată antropologie, eliberată de antinomia amintită, piedică de netrecut pentru apropierea autentică de ființa umană : „... De aici un prim dualism care constituie (inevitabil) un obstacol pentru identitatea pură și care este dualismul individului purtător de libido și al societății ce se opune dorințelor sale. De aici reprimarea, refularea, cenzura, simbolismul ca deghizare etc”. Pe calea aceasta a „dualismelor”, sau binoamelor Eului „Freud a introdus apoi două lucruri noi : interiorizarea interdicțiilor sub forma «supraeului», integrat astfel în aparatul psihic, fără ca «eul» însuși să-și cîștige independența față de libido...” (deci inutil și contradictoriu). Ceea ce realizează din punct de vedere doctrinar psihanaliza este doar mutarea cuplului antinomic (corp-suflet) în interiorul ființei, unde se desfășoară lupta, conflictul (Și Freud rămîne ca geniul malfic sau demiurgul conflictului !).

* J. Piaget. *Dimensiunile interdisciplinare ale Psihologiei* (traducere din l. franceză). București, Editura didactică și pedagogică, 1972, pag. 161.

În consecință, prima mare schimbare în psihiatrie a avut loc la începutul secolului al XX-lea când sub presiunea psihoanalizei, care nu era o disciplină, ci o orientare nouă a psihologiei, aceasta a fost împinsă spre un domeniu limitrof între medicină și paramedicină. Și astfel era cât pe aici să fie smulsă din orbita medicinei și să devină o școală de filosofie aplicată.

Dualismul corp-suflet nu este soluționabil prin decizie optativă pentru unul din poli. Dilema „organogeneză” — „psihogeneză” în explicația bolii psihice fiind ne-soluționabilă, s-a încercat depășirea ei printr-un al treilea element: *endogenul* propus de Moebius și reluat de Kraepelin. Endogenul e complet în afara alternativei corp-suflet și se confundă cu „axioma” vieții.

Nesatisfăcuți de aceste explicații, ajungem astăzi la studierea și fundamentarea unei „teorii generale a ordinii și dezordinii în sistemele complexe”, al căror exemplu notabil este psihismul uman. Care sînt formele de dezordine în realitatea psihismului bolnav și cum le putem identifica, constituie „întrebarea de foc” a psihopatologiei moderne. Modelul de psihopatologie trionfică pe care îl vom expune în capitolul următor încearcă să ofere unul din răspunsurile posibile și eventuale.

Înainte însă vom considera succint clasificarea clinică, nosografia patologiei psihice. Prima întrebare ce ne-o punem este dacă nosografia psihiatrică seamănă sau echivalează criteriile altor ramuri ale medicinei. Din acest punct de vedere, psihiatria este defavorizată, situându-se mai departe de condițiile axiale ale nosologiei. Aceasta din urmă este un domeniu de știință aplicată, cuprinzînd — sau vrînd să integreze — descrierea fenomenelor, mecanismele de instalare și cauzele bolilor. Legăturile pe care le presupune și prospectează sînt de tip logic și fenomenologic, asociativ. În faptul general al înțelegerii există o coerență fenomenologică. Toate obiectele din lumea înconjurătoare (fără să existe o „știință” a obiectelor) sînt expresia unei coerențe fenomenologice. Descrierea fenomenelor bolii implică o unitate ce nu rezultă numai din cunoașterea cauzală ci se densifică și scade în redundanță prin revelare structurală. Ea ține de fenomenul natural al reflectării coezive și al convertirii ordinii asociative a fenomenelor în

comprehenșiune. Există deci o calitate de coerență fenomenală, cumului tuturor fenomenelor pornite de la și în legătură cu un obiect, care ne dau impresia despre el și-l plasează în lumea semnificațiilor.

Dar condiția de delimitare nosologică din restul medicinei, o regăsim și în psihiatrie? Răspunsul este afirmativ însă cu o serie de amendamente, în sensul că în teritoriul psihiatriei înregistrăm o carență cauzală mai marcată și mult mai alambicată. Deci, nosografia psihiatrică stă oarecum „pe un singur picior”, deoarece, cum am văzut, etiologia ei rămîne într-un regim de generală considerare. Patogenia psihiatrică nu o putem traduce sau decoda cu ajutorul fiziopatologiei decît în niște scheme ce sînt tot atît de generale și de abstracte cum ar fi niște cercuri sau elipse raportate la structura sistemului stelar.

O întrebare ce se naște în legătură cu acest defect temporar al psihiatriei este dacă putem să implicăm, să fim convinși de valabilitatea aspectelor fenomenologice, dacă ele nu sînt aplicate pe un fundament etiopatogenetic ferm. Deoarece nu e posibil să trecem de aparența fenomenelor, ar trebui să le considerăm numai ca atare și să negăm nosologia în psihiatrie, afirmăm fenomenologistii. De fapt, unitatea expresivă a faptelor psihice folosite de noi pentru clasificare se sprijină cu siguranță pe o continuitate a fenomenelor. Dacă din infinita serie a faptelor naturale un grup de fenomene se transpun în mintea noastră intelectual avînd un caracter de continuitate, cu siguranță că legitatea lor este și ea articulată într-un tot comprehensibil. Credem că asemănarea clasică cu un iceberg e foarte sugestivă: vedem porțiunea aflată deasupra apei și deducem — ca necesar — existența masei icebergului submers în ocean. Prințind un pol al contextului fenomenologic, putem deduce ansamblul. De aceea, admitem că psihiatria materialist-dinamică are motive suficiente să creadă în posibilitatea unei psihiatrii nosologice.

O altă deosebire între psihiatrie și restul disciplinelor medicale este dată de faptul că în alte ramuri ale medicinei probele indirecte ale terapiei clarifică frecvent justetea clasificării și interpretărilor etiopatogenetice. Peste tot aproape, se poate face o listă dublă

și paralelă între mecanisme etiopatogenetice și medicația etio și patotropă. Cu cât determinarea este mai strînsă, prin proba terapeutică, se confirmă valabilitatea schemei respective. În schimb în psihiatrie tratamentul nu ne permite decît să tragem concluzia că am izbutit să ne apropiem de cauze și să le neutralizăm, fără ca intermedierea aceasta să le „cheme” la suprafață. Uneori proba terapeutică este totuși revelatoare a unor mecanisme sau aspecte etiopatogenetice. În general însă, terapia nu se poate extinde dincolo de ceea ce constituie tratamentul nespecific, de tip indirect, adică mecanismele homeostatice conservatoare și anti-stress. Pe acest argument unii sindromologi neagă nosologia psihiatrică și trag toate concluziile lor tradițional sistematice. Noi însă avem convingerea și speranța că nosografia se va îmbogăți suficient de fapte clinice pentru ca de la un capăt la altul tot dispozitivul de susținere al acestei științe polimorfe să termine prin a fi acoperit de date factologice și criterii pozitive.

De la debutul psihiatriei au apărut și încercări de clasificare, deși nu exista psihologia ca știință iar fiziologia era slab dezvoltată. Astăzi, evoluția a o sută cincizeci de ani de clinică, progresele neurofiziologiei și ale psihologiei, datele de patologie acumulate etc., au verificat oarecum „rezistența” și justetea materialului clasificat.

Unde trebuie să căutăm, în general patologia psihică? Răspunsul e în direcțiile de manifestare ale persoanei, acolo unde subiectivul în raport direct cu realitatea, se încarcă de atributele existenței și se polarizează ca o conștiință. Fiindcă acolo ea se organizează și tot acolo se poate dezorganiza.

Dacă folosim sistemul de referință la *persoană*, putem apriori să știm că va exista posibilitatea unei *patologii cantitative* și a uneia *calitative*. Patologia calitativă la rîndul ei se va putea descifra după două direcții: aceea a raportului dintre *persoană* și *lume*, și alta care privește raporturile dintre *persoană* și *sine însuși*, ca totalitate organizată afectiv, intelectual și comunicant.

Pe această schemă se pot întrevădea care vor fi principalele diviziuni sau capitole psihiatrice:

Patologia deficitară este aceea a nede dezvoltării, de tipul hipogenezei funcțiunilor mintale, adică oligofrenia (hipofrenia). Printr-o modalitate dezorganizantă și degradantă, ca un fel de imagine în oglindă a hipofreniei vom întîlni *demența*.

Patologia calitativă cuprinde distorsiunea personalității, modificarea concomitentă a dinamicii și eficienței ei, a sensului și conținutului lumii, a duratei și a proiecției în viitor. Am numit aici *modelul psihotic* (schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă, psihoze exogene), precum și patologia alterării dinamicii intrapsihice dominată de conflict, de conștiința suferinței și a corectării sale posibile prin terapia solidarității umane: *modelul nevrotic* *.

Patologia cantitativă poate fi legată de copilărie și se actualizează paralel cu etapele de dezvoltare psihogenetică care sînt înlocuite prin forme defective, printr-o viteză diminuată, prin neatingerea succesivă a nivelelor psihice și prin dizarmonia globală ce se instalează în timpul acestei secvențe. Așa cum oligofreniile urmăresc referențial sau comparativ curba dezvoltării, patologia de degradare (demențele) folosește ca reper, curba normală și medie de involuție. Deci patologia demențială cere precizarea întîlnirii dintre curba normală și aceea de involuție, cu disoluția funcțiunilor de înțelegere și judecată, de memorie și de afectivitate.

În legătură cu nivelul mintal ce se depărtează de cel normal, trebuie să facem o remarcă specială pe marginea sindromului confuziv și confuzo-oniric care implică și cuprinde o cantitate mai mare sau mai mică de fenomene deficitare. Nivelul general al funcțiilor de inteligență și înțelegere din confuzia mintală, luat în sensul larg al cuvîntului este scăzut. Dacă l-am măsura, am constata întotdeauna cifre pe care le găsim cu valoare egală în teritoriul deficitarilor oligofreni sau demențiați. Altceva domină însă tabloul clinic nu deficitul. E ade-vărat că în confuzie găsim coborîrea nivelului de înțelegere și prezență, dar ea se desfășoară rapid descendent, exprimînd efectele unor noxe care s-au repercutat asu-

* Ed. Pamfil, D. Ogodescu. *Nevrozele*. Editura Facla, Timișoara, 1974.

pra psihismului. Toate acestea coincid însă cu un fel de continuu efort compensator, psihismul încercând o reînnoire spre nivelul normal al funcțiilor mintale. De aici rezultă „simptomatologia efortului de înțelegere” din confuzia mintală, fie se activează celălalt versant al mecanismului compensator care este „neproducția” (compensație halucinator-onirico-delirantă). Nici în oligofrenie și nici în demență nu găsim aceste fenomene compensatorii decât episodic, fragmentar sau ne-reprezentativ.

Confuzia mintală reprezintă un „atac” pe o celulă nervoasă, pînă atunci mai mult sau mai puțin sănătoasă. În vreme ce fenomenele demențiale au o pantă de instalare înceată, de la tulburarea funcțională a celulelor nervoase pînă la dispariția lor fizică (abiotrofie, moarte neuronală). Prin conflictul acut între agent și substrat, rezultă „stilul” și „culoarea” specială a fenomenelor compensatorii din confuzie, comparate cu cele din demență.

Tot aici se ridică problema *paraliziei generale progresive* (PGP) cu debut de formă demențială; aceasta totuși vindecîndu-se după aplicarea tratamentului modern. Întrebările vin în scară: e confuzie, demență, sau e vorba de confuzie la un dement? Desigur că această entitate clinică are o cotă de elemente confuzive pe care apoi le pierde și se vindecă ulterior cu un oarecare defect. Dacă ar fi să facem o comparație morfopatologică, confuzia ar fi consecința unei „neuronite”, iar demența ar constitui o „neuronoză”.

Ca să stabilim legătura cu discuția anterioară trebuie să mai subliniem o dată că aceste considerații ar putea să poarte titlul mult mai potrivit de „nosologie” decât acela de „nosografice”, din cauză că firul conducător și punctul de vedere pe care l-am întrebuițat ca să ordonăm materialul ține într-o măsură mult mai mare de teoria generală a patologiei psihice și a împărțirii acesteia, decât de știința descrierii cuprinzătoare a tentativelor secvențiale, a clasificărilor clinice, etc. Probabil că în psihiatrie mai mult decât în alte domenii ale patologiei generale, această separare eventuală între „nosologie” și „nosografie” rămîne încă expresia debilității și insuficienței de material, a situației în care ne găsim

ori de cîte ori întreprindem considerații etiopatogenetice. Criteriul nostru, acela al abordării fenomenelor de patologie mintală ca modificări de ansamblu ale persoanei, ne-a permis să ne deplasăm de-a lungul modelelor de patologie, rămînînd totuși într-o unitate de vedere. Cu toate că rezultatele obținute în tentativa noastră de sistematizare erau satisfăcătoare, s-a simțit din ce perspectivă s-ar putea obiecta cea mai delicată și ciudată nepotrivire cu această schemă generală care funcționa pragmatic mulțumitor. Ne referim la *modelul psihopatic*!

Coordonatele dinamice ale persoanei au — credem noi — o tipică trăsătură în ceea ce privește definirea funcțiunilor integrative ale individului în realitate. În patologia delirantă ceea ce suferă o totală modificare este ansamblul posibilităților proiective ale persoanei. Psihoza este din acest punct de vedere o alterare, o știrbire, o diminuare a forțelor de influențare, de acțiune și modelare ale lumii precum și o alterare a capacității de a interveni activ pe schema desfășurată a duratei. Cînd vorbim astfel ne referim conștient și voit la clasicile precizări din psihologia materialist dinamică. Această concomitență și aspect necesar și dialectic pe care-l posedă cunoașterea reprezentată de puterea de a schimba și de a modifica realitatea, este versantul care se alterează în psihoză. Acesta este aspectul „obiectiv” pe care-l înregistrăm atunci cînd psihismul se modifică patologic după liniile specifice gîndirii delirante. Persoana delirantă este o prezență ce a suferit în capacitatea de a se exprima, de a răspunde și crea, de a influența și modifica lumea. Evident că aceste considerații participă mult mai mult la un comentariu filosofic decât ține de un comentariu de nosologie. O să vedem imediat de ce revenim și subliniem în ce măsură o să încercăm să întrebuițăm concluziile acestea la tentativa noastră de a plasa și a înțelege mai îndeaproape *psihopatiile*, după ce vom fi delimitat domeniul psihozelor.

Paralel sau simetric cu acest aspect general oferit de patologia delirantă, de modificarea psihotică a persoanei, avem cealaltă mare grupă de suferință psihică, aceea pe care o etichetăm suferință prin deficit, printr-o scădere globală a facultăților de înțelegere și pe care în continuarea punctului de vedere filosofic de mai sus,

credem că le-am putea numi „pierderea sau alterarea capacității impresive, receptive, aferente a realității” suferite de ins în întregimea orizontului său mintal. Demența pusă în paralel cu delirul este o diminuare globală a capacității de a primi realitatea, de a o înregistra și de a o înțelege, de a o codifica în conținutul și legitatea ei.

Ne satisface această manieră de a gândi, fiindcă, pe de o parte, da impresia că reprezintă un criteriu pe care îl putem folosi orientativ, în orice punct al suprafeței patologiei mintale, pe de altă parte este în mod consecvent o manieră dinamică și în concordanță cu psihologia materialist-dialectică; aceasta consideră persoana bolnavă mintal derivată din aceea normală și capabilă să se reîntoarcă la normal, în foarte numeroase cazuri. Este un sistem care, spre deosebire de alte încercări, nu introduce un criteriu nou și de sine stătător pentru a putea să înțeleagă patologicul, ci menține într-o unitate dialectică realitatea normalului și aceea a patologicului.

După ce am adoptat această prudență metodologică, adică aceea de a revizui încă o dată punctul nostru de vedere și de a-i sublinia ceea ce credem noi că sînt calitățile sale general-teoretice, putem să ne apropiem acum de zona periculoasă a psihopatiei. Pentru comprehensiunea psihopatiei e inevitabil nevoie să introducem *criteriul axiologic* și analiza spectrală a valorii. Psihopatul este un deficitar al adaptării morale. Între el și omul etic există categoria intermediară a fătărniceii, a fațadei și decorului, a histrionului existent în aparență schimbătoare a scenei din care se face — adesea — lumea. Acest destul de deplorabil om al aparențelor e foarte numeros socialmente vorbind și n-are nume psihiatric. Trebuie să spunem deci, că ne putem apropia de patologia psihiatrică fie abordînd polul ei stabil, clar formulabil și atunci enunțăm și descriem *trei modele de boală* (psihotic, nevrotic, psihopat), fie să ne polarizăm atenția pe aspectul fluctuant, schimbător divers și nescontat al variațiilor pe care le poate avea la scară individuală sau în interiorul grupului uman funcțiile ce alimentează și întrețin dialectica persoanei.

Sfera bolii mintale nu este omogenă și echipotențială, ea se distribuie pe un foarte extins cîmp de realitate psihopatologică, de la imperceptibile amănunte de structură anormală a caracterului și pînă la întunericul masiv al demenței, de la perspectiva ocultă a instinctelor și pînă la vegetația polimorfă a modelelor de comunicare etc. De aceea, psihiatria a încercat să formuleze puncte de vedere capabile să răspundă unei întrebări majore: există o trecere bruscă și net delimitată între integritatea funcțiilor psihice și maladia mintală?

Psihiatria știe mai mult decît oricare altă disciplină antropologică că marea familie a umanității nu se poate împărți din punct de vedere psihologic în două categorii perfect distincte: de o parte cei întregi, echilibrați, responsabili, iar de alta înstrăinații, complet iresponsabili. Între aceste două tipuri extreme, ce de multe ori nu există decît ca niște ipoteze de lucru ale alieniștilor se întinde un domeniu destul de vast, de trecere ocupat de mulțimea indivizilor anormali, a persoanelor tarate, dezechilibrate sau degenerate ireversibil. Înregistrăm această înlocuire a unei granițe tranșante printr-un extins teritoriu de tranziție ca un fel de spectru al patologiei care se întinde — am putea spune — de la „roșul” stărilor pasionale și hipertimice pînă la „violetul” rece al delirelor cronice. Toate acestea fără să uităm dificultatea în care se găsesc psihopatologii atunci cînd trebuie să definească în general boala psihică.

Cunoașterea patologiei mintale s-a desfășurat istoric sub influența mai multor criterii. Unul, al *formeii*, care analizează dezorganizarea sistemelor de expresie și comunicare dintre alienat și ceilalți oameni, altul de *structură* ce surprinde modificările intrinsece, deplasările anormale din sfera afectiv-noetică a bolnavului psihic și, în sfîrșit, unul *sistemic*, care descoperă descompunerea funcției axiologice înăuntrul alienației. Psihiatrul s-a aflat într-o situație dilematică, ca și cum ar trebui să simbolizeze cu o singură linie un spațiu tri-dimensional. Noi știm că un bolnav mintal nu poate „conlocui” cu o altă porțiune sănătoasă din el însuși. Maladia psihică înseamnă totdeauna o *modificare a globalității dinamice* și oricît de discrete ar fi tulburările înregistrate, ele înseamnă o dezorganizare, diminuare, o

pierdere de valoare și eficiență a întregii persoane. Metaforic și rezumativ vorbind, *normalitatea este o cutie a Pandorei controlată*. În patologia psihică conținutul iese din „cutie” cum vrea, aleator, dezordonat și centrifug. Odată cu pierderea secretului lăuntric, „cutia” normalității devine un obiect cu accesibilitate normală și fără adresă. Uneori ea se golește ca un sarcofag profanat. Psihiatria înregistrează o cantitate mai mare de informații despre insul uman decât în restul medicinei, fiind plasată în miezul marilor probleme trăite de toți oamenii. În fond, ceea ce este semnificativ în istoria omenească, e schimbarea sufletului omenesc! Restul nu sînt decît pretexte de istorie sau mijloace ale prezentului mișcător și fugace.

Psihologia și psihiatria traduc efortul de cunoaștere a naturii umane considerată în trăsăturile ei dominant psihice, pentru a impune principii de sănătate sau terapeutice, în cazul alunecării în boală. Evident că omul a dorit și dorește să fie sănătos înainte de a ști ce este sănătatea. Dorește să fie echilibrat sufletește, înainte de a ști ce este psihismul. Dar, dorința precede întotdeauna cunoașterea, tot așa cum aceasta precede actul. Dacă omul ar putea să dorească doar pe măsura extensivității cunoașterii, poate că ar exista o mai mare armonie și liniște în lume. Dorind însă mai mult decît puterea lui, el este o ființă nemulțumită și contradictorie. Tendința de supradozare față de necesități, e o lege misterioasă a umanului, ceea ce îl face pe om să rămînă mereu în urma speranțelor, viselor sau aspirațiilor sale. Probabil de aceea sfîrșitul unei vieți are o tristă atmosferă de dezamăgire și izolare. Iar ființa existentă nu acceptă „vidul” explicativ și de aceea reduce „misterul” suferinței psihice la explicații accesibile și comprehensive.

Psihiatria contemporană încearcă să descifreze modelele psihopatologice ale bolii psihice. Plecînd din planul realității, să nu uităm că modelele noastre vor fi valabile dacă ne vor permite să atribuim lucrurilor și faptelor un „sistem” care să le fie izomorf. Psihopatologia triontică concepută de noi își propune să identifice modelele de dezorganizare ale vieții psihice reunind cele trei criterii (formal, structural și sistemic) într-un model epistemic triadic care constituie un plan general de

referință ce permite comparația insului bolnav cu el însuși, precum și verificarea diacronă a funcțiilor sale adaptative și de integrare valorică.

Descoperim adeseori o mare bogăție de forme mixte, intermediare între normalitate și alienație, recoltate din toate capitolele mari ale psihiatriei. Perioadele de debut sau prodromale ale bolii mintale, modificările psihice în urma accidentelor vasculare cerebrale, stările de remisiune sau intermitență a unor psihoze, anomalii sexuale și alte forme de suferință psihică atenuată oferă astfel persoana dezechilibrată sau marginal socială analizei psihiatrice care poate să descifreze de cele mai multe ori defectele revelatoare ale persoanei patologice. Analiza psihiatrică realizează în aceste cazuri o investigație a globalității dinamice reprezentată de persoană și devenirea sa, adică stabilește coordonatele majore ale existenței bolnave.

Tendința generală din științele antropologice de astăzi este să înțeleagă, să explice și să prevadă omul în ansamblul dialecticei sale atît de complexe. Mutarea centrului de greutate a preocupărilor psihiatriei spre aspectele de previziune, face ca *igiena mintală* să devină un capitol-cheie al psihiatriei contemporane și-o „uvertură” a viitoarei științe despre sufletul uman.

PSIHOPATOLOGIA PSIHOZELOR

Suferința psihotică endogenă cu o dinamică și determinare interioară incluzând *schizofrenia* și domeniul simetric (*psihozele afective*) constituie subiectul cel mai important și încărcat de necunoscute al psihiatriei. Modelul psihotic înseamnă dezorganizarea globală a persoanei, care se exprimă printr-o catastrofă a unității psihice și pierderea contactului cu realitatea. El reprezintă pentru noi o unitate sistematică de înțelegere antropologică.

Pe lector îl va interesa aici problematica psihozelor ca unitate psihopatologică. Sinteza bleuleriană a schizofreniei și tot ce a derivat din ea, are semnificația unei formidabile dezvoltări a psihopatologiei. E adevărat că Bleuler folosea pentru schizofrenie pluralul („schizofrenii”) din cauza incertitudinii asupra unității etiologice a grupului psihozelor schizofrene. Dar și în psihiatria contemporană situația e asemănătoare, chiar și atunci când discutăm psihoza maniaco-depresivă. Nu deținem precizări în plus în ceea ce privește etiologia, în schimb s-au operat aneuri de teorii fenomenologice.

Mayer Gross susține că schizofrenia reprezintă un agregat de diferite boli cu simptomatologie identică. Iar, atîta timp cît o patologie fizică (physical pathology) a psihozelor nu s-a enunțat încă, trebuie să ne bazăm pe datele oferite de psihopatologie în tentativa de sondare și comprehensiune a universului straniu și absurd ce caracterizează nebunia. Minoritatea cazurilor de psihoze complicate sau dubioase din punct de vedere diagnostic și al interpretării psihopatologice nu ne îndeamnă spre

o atitudine de septicism sau criticism exagerat, deoarece conceptul pragmatic de psihoză funcționează cu o bună eficiență în clinica psihiatrică.

Admitem deci că *modelul psihotic* se referă la boli mintale grave care dezorganizează psihismul pînă la soluția persoanei și au un determinism corporal. În această optică apare evident că psihoza nu se poate delimita numai în cadrul unei patologii a nivelurilor de conștiință și că ea trebuie descifrată în perspectiva unui proces de deformare și regresie a persoanei în ansamblu.

Tablourile psihotice cu determinism somatic cunoscut (infecțios, traumatic, toxic etc.) sînt denumite *psihoze exogene*. Bonhoeffer le-a desemnat ca „tipuri de reacție exogenă” mai ales pe cele care se manifestă acut. Kurt Schneider este de părere că această ultimă noțiune generează confuzii, mai ales dacă nu oferim explicații secundare cînd o întrebăm și preferă să vorbească despre „psihoze cu bază corporală”. Dialectica complexă a raporturilor dintre ființa umană și mediu poate astfel să fie perturbată de momente sau constelații factoriale nefavorabile ce transformă această interacțiune într-o polimorfă dezorganizare a psihismului. O dată în plus, se confirmă necesitatea gândirii cauzale *multidimensionale*, atunci cînd abordăm etiopatogenia suferinței mintale.

Schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă se încadrează în marea grupă a psihozelor cu o *etiologie somatică*, dar care nu este astăzi cunoscută. Ele sînt comentate în limbajul psihiatric sub denumirea de *psihoze endogene*. Deși din punct de vedere semantic, termenii de psihoză „exogenă” și „endogenă” sînt clari, ei pot provoca clinic o serie de confuzii. Astfel, „exogen” funcționează echivalent cu simptomatic (și așa îl vom folosi și noi în capitolul de clinică al psihozelor) iar „endogen” este sinonim cu organic. Un delir uremic — de exemplu — este endogen (are originea în corp) iar din punct de vedere clinic este considerat ca o suferință psihotică exogenă.

Psihoza endogenă poate fi dublu definită: *negativ* ca o psihoză care nu are cauze externe cunoscute sau, mai corect, în care nu cunoaștem determinismul organic

(K. Schneider) și *pozitiv*, admitând o cauzalitate emergentă și „liberă” de orice mecanism favorizant, deci „program biologic”. Îmbolnăvirea psihotică endogenă — spune K. Schneider — există numai „la” un eveniment și niciodată „din cauza” unui eveniment psiho-traumatizant, reactiv. De exemplu, în psihoza maniaco-depresivă o situație declanșantă (decepție sentimentală, decesul unui părinte, eșec profesional etc.) nu acționează în calitate de trăire psihică, ci în calitate de forță vitală. La fel se întâmplă lucrurile și în psihozele schizofrenice.

Să ne adîncim acum în domeniul psihopatologiei și să răspundem la întrebarea: *cum* este modelul psihotic? Această discuție se plasează de la început într-un domeniu inevitabil interdisciplinar, deoarece psihopatologia modernă își propune să traseze limitele între normalitatea mintală, anormalitate și alienarea psihică. Bătătorita și depășita simetrie dintre normalitate și boala psihică — precum și raportul derivativ dintre ele — se dovedește insuficientă pentru a înțelege legăturile launtrice ale realității psihopatologice. *Psihanaliza* — de exemplu — se caracterizează tocmai prin imposibilitatea sistematică de a delimita normalul de patologic și implicit de a renunța la conceptul de boală psihică. Binswanger a spus în anul 1952 că problema schizofreniei (și în general a psihozelor) își atinge punctul culminant în problema delirului. Delirul însemnînd ieșirea din realitate, deci o gândire derealizată, constituie un criteriu operant de diferențiere între modelul psihotic, nevrotic sau cel psihopatic.

Sîntem conștienți că este necesar să reformulăm conceptele despre nebunie atît de general întîlnite și practicate mai ales de ne-psihiatri. Profanul în special, încearcă să aducă alienatul pe platforma înțelegerii lui, deci pornind de la trăirile normale și urmărind cum ele devin degradate sau șarjate. Îl frapază mai ales tot ceea ce i se pare exagerat (cantitativ altfel) și ieșit din comun. Această părere simplificatoare privind corespondența pînă la echivalarea de planuri între normalitate și patologia psihică este întîlnită și la unii psihiatri. Ei consideră astfel că fiecare treaptă de sănătate mintală are o corespondență, un vis-a-vis de patologie psihică, un fenomen de denaturare a normalului prin oscilații can-

titative. În acest sens, melancolia ar putea fi considerată ca o hipertimie, ca o accentuare a tristeții pînă la dorința de moarte. În realitate, melancolia semnifică ieșirea persoanei bolnave din afectivitate și înstrăinarea într-o lume mai săracă, automată, contingentă.

Desigur sînt posibile descrieri ale bolnavului psihic prin asemănare cu normalul, dar această metodă nu ne ajută în pătrunderea și „formarea” stilului sau „sistemului” de trăire al psihoticului. De fapt, *patologia psihotică începe atunci cînd pe o aparentă intensificare a activității psihice se instalează o modificare generală și dezorganizantă a psihismului, astfel încît concluziile sale comprehensive nu se mai înscriu în și pe realitate.* Această denivelare psihică ne apare ca și cum efectele nu mai sînt la același nivel cu condițiile determinante, ci se desfășoară într-o paralume. Din acest punct de vedere și numai aparent, nebunia pare creatoare. În fond ea „roade”, dezmembră, dezagregă persoana la bază și prin aceasta o sărăcește informativ în mod considerabil. Materialul de neoformație (delirul, halucinația) are caracterul pseudo-noutății nemotivate, adică acela de informație degradată. Rezultă de aici o concluzie pragmatică: criteriul fundamental de comprehensiune în psihiatrie nu poate fi decît *calitativ-dinamic și constă în identificarea modelului vieții psihice degradate a psihoticului.*

Psihoza instaurează o dezordine mintală progresivă (*entropiofrenizare*) care se citește în plan expresiv (limbaj, comportament etc.) prin redundanță și implicatul ei trăit, *incomprehensibilitatea*. Găsirea unor modalități de apreciere a dezordinii psihice devine condiția definitorie a psihopatologiei moderne desfășurată ca știință. Comentariul psihopatologic al psihozelor se poate — în consecință — realiza prin *teoria globalității dezorganizate* sau a *sistemului descompus*. Știm că orice încercare de a prezenta un nou model de psihopatologie implică și o nouă teorie despre persoană, aceasta rămînînd ansamblul de referință unic pentru descrierea, clasificarea și înțelegerea bolii psihice. J. Wyrsh afirmă în acest sens, că schizofrenia nu apare decît în măsura în care se constituie ființa schizofrenică și persoana devine autistă, singură pe un „nucleu de neant”.

Dacă realizăm un tur de orizont în psihologia și psihiatria contemporană, ne vom da seama că multitudinea de personologii existente nu a realizat și enunțat un model de persoană fundamentat pe factori de valoare, vizind natura profundă, *inter-ontică* a omenească. Iar psihanaliza „cea mai mare aventură teoretică” din istoria antropologiei culturale, a investit atât dogmatism deterministic în trinitatea înțepinită a „omului abisal”, încât, atunci când încearcă să formuleze o morală cade ca prima victimă a concepției impersonaliste pe care a aruncat-o în retorta de sinteză filosofică despre natura umană.

În alte lucrări am expus concepția noastră privind **natura interontică (triontică)** a persoanei. O vom prezenta din nou, succint, pentru a face inteligibil modelul de psihopatologie triontică pe care dorim să operăm în continuare.

Modelarea persoanei reprezintă un drum și o întreprindere extrem de dificilă oferind cercetătorului antropolog puține satisfacții durabile. Aceasta din cauza prezenței atât de complexe dimensiuni psihice în economia naturii umane. Niciunul din modelele existente referitoare la persoană nu ne dau sentimentul unei formulări satisfăcătoare sau definitive fiindcă singura „modelare” autentică este însăși viața sufletească și — sigur — la nivel suprem arta...

Mai jos de nivelul organizării globale ne îndepărtăm de „omul total” și modelăm un „om statistic”. Dar, antropologul nu-și poate permite să gândească într-un model mai simplu decât acela care definește propriul său obiect, adică persoana. Aici intervine paradoxul modelării: persoana este *antiteza multimei* fiindcă reprezintă o *realitate ontologică unică*, un proiect veșnic pus în discuție (cu sine însăși). Ea înseamnă inedit și deci incalificabil din punct de vedere adaptativo-modelant.

Modelul triontic al persoanei enunță drept condiție fundamentală a umanului întâlnirea, respectiv *intercomunicarea a trei funcții de conștiință* (EU, TU, EL). Persoana nu are puterea unei unități închegate, a unui tot ireductibil decât în condiția tripolară. Iar situațiile omenești semnificative și reprezentative sînt acelea ale comunicării triontice. Fiindcă numai această eflorescență triplă asigură complementaritatea deplină, echilibrată

și spontană dintre polii constituenți, înăuntrul persoanei întregitoare.

În acest fel unitatea ființei simțitoare, rostitoare — acest vis al alchimistilor — a fost preluată cu toată responsabilitatea de întrebări și o schiță de răspunsuri posibile de la psihologia și psihiatria secolului nostru. Am realizat astfel o deplasare a centrului de greutate a psihologiei — ca știință pragmatică cu aplicații imediate — spre o *psihologie normativă* care formulează normele generale de cunoaștere a persoanei. Prin aceasta celelalte contribuții nu sînt dizlocate, ci doar coborîte ca nivel.

Psihologia „insului total” nu se aplică pe mulțimi de indivizi, ci pe realitatea persoanei ca unitate originară și ireductibilă. Cheia de boltă a viziunii triontice se rezumă în două enunțuri fundamentale:

1. Unitatea complexă, reprezentativă și integratoare după toate perspectivele, adică valorică și creatoare după toate direcțiile, asociativă și comunicantă după maximul de valență, este persoana (și nu individul uman).

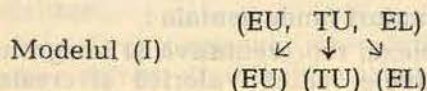
2. Persoana acest „cel mai complex fenomen din univers” nu e posibil să fie descifrată și înțeleasă, animată de o devenire decât într-o condiție specific omenească, care este *trionticitatea*. Ea este o mișcare psihică continuă ce se distribuie, se depășește pe întâlnirea neîntreruptă într-un ansamblu de mișcare, de interinfluență și intersinteză între trei poli (EU-TU-EL). Onticitatea dinamică este un produs (nu o sumă!) rezultat din confluența totală a polilor, adică a celor trei puncte de sprijin pe care ordinea născîndă a psihismului o aruncă mereu în haosul pre-realității.

Orice model antropologic trebuie să surprindă și să cuprindă *inter-onticitatea* naturii umane; aceasta înstituie cîmpul de forță-unitate în multiplicitate — ceea ce-i permite omului să devină o ființă caracterizată prin neliniștea și tensiunea cunoașterii. Argumentul fundamental al convingerii profesate de noi constă din solidaritatea comprehensivă cu tot ce reprezintă insul în aspirațiile lui, în planurile sale de viitor și progres. Și astfel, *existența înseamnă coexistență, iar modelarea persoanei — un enunț axiologic!* Numai un model fundamentat pe factori de valoare, continua plasare la nive-

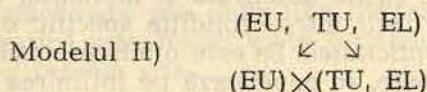
lul suprem axiologic, poate exprima specificul naturii umane. Modelarea specificului interontic al persoanei, în contextul unei concepții triontice, constituie o schimbare de perspectivă ce promite instituirea unei antropologii capabilă să surprindă natura umană în unicitatea ei dialectică.

Pornind de la acest constructivism psihologic putem înțelege **modelul de psihopatologie triontică** care se potrivește și mulează ca o „mănușă” bine croită pe realitatea patologică. Sprijinindu-ne pe teoria jocurilor, putem „formaliza” un model triontic al persoanei normale și în paralel un model al psihozelor.

Modelul triontic cu grad de organizare maximă (I) definește persoana normală. Cei trei poli (EU, TU, EL) se află într-o coaliție totală:



În schimb modelul (II) este caracteristic pentru psihoze și ilustrează *tensiunea antagonistă (conflictul) dintre ipseitate (EU) și ceilalți doi poli (TU, EL):*



Puse față în față cele două modele ne ilustrează *dezorganizarea* realizată de nebunie în persoană, ceea ce este sugerat prin faptul că organizarea unui sistem cu două elemente în conflict $(EU) \times (TU, EL)$ e mai mică decât cea triontică (EU, TU, EL) .

Să comentăm aceste formulări lapidare și aparent ermetice. Prin *tensiunea între poli triontici, psihoticul ajunge să-l piardă pe TU (tuitatea) în procesul disociativ și pe EL (illeitate) în „invazia” delirantă, definindu-se ca o anti-persoană, ca o formulă de retracție în sine, pus-tiitor progresiv pentru viața psihică.*

Defectul psihotic este plasat bazal în arhitectura psihismului și anume la nivelul *forme* persoanei, formulat de o constantă instincto-afectivă și cu inversarea deschiderii originare spre TU (alter-ego) întregitor și instaurator de structură. Și atita vreme cât în dezordinea

psihotică nu există o formă, nu putem avea o promisiune de mișcare și existență.

La originea tragediei psihotice găsim totdeauna deficitul sau lipsa de „contact” și „rezonanță” umană, de deschidere spre o tuitate (TU), anti-entropică. Blocarea dedublării EU-TU care conferă și instituie singura formă de identitate posibilă a persoanei, explică strania ontologie a psihoticului suspendat în haosul primordial al endogenezei. Această indeterminare ontică prin lipsa unui nucleu de omogenitate, a unei „forme minime” a psihismului în jurul căreia să se organizeze procesul de personogeneză, compromite întregul proiect al devenirii individuale.

Neputința de a trăi sentimentul unității cu sine și lumea, fixează dezordinea într-o „configurație” arbitrară, într-o *non-formă*. De aceea nebunul este o „absență ce se ascunde”, la fel cum persoana normală este o „prezență ce se manifestă”. Această năruire a începutului de persoană permite apoi instalarea unei existențe disociate și delirante. În această situație psihopatologia psihozelor se încarcă cu responsabilitatea de a găsi forma aptă să corespundă dezordinii.

Tot ce a fost reprezentat printr-o *unitate triontică* dispare și nu mai reușim să descifrăm decât conturul aproximativ al unei persoane. Se înțelege de ce nebunia este **anti-definiția persoanei**, deci o replică degradată plasată în afara coordonatelor majore ale lumii: spațiu, timp, informație.

Tot ce apare ca noutate în suferința psihotică reprezintă în fond aspecte de supleanță, material compensator (neoformație). De aceea ne-am obișnuit să numim aceste materiale ca *para-noutate*, fiindcă nu mai folosesc pentru comunicare unificatoare și instaurează izolarea. Înțelegem cum pentru profani psihoticul este un „mysterium tremendum” care îi atrage și în același timp îi oprește la distanță.

Psihopatologia clasică considera psihoza un defect mai mult *instrumental* al psihismului și toată semiologia ce derivă din ea consemnează tulburări ale afectivității, memoriei, gândirii, comportamentului etc. În modelul de psihopatologie triontică observăm că psihoticul este o *pre-persoană* și înțelegem astfel mai bine de ce el nu

are în plin puseu de suferință conștiința bolii sale torturante. Din această cauză cunoașterea normalității și a nebuniei sînt de esențe diferite !

Dezorganizarea psihismului începe de sus, de la nivelul codului cel mai abstract al psihismului reprezentat de timpul trăit sau durată interioară. Dimensiunea anticipatorie caracteristică ființei normale este negată în psihoză printr-o realitate în afara spațiului și timpului trăit într-o „para-lume” unde aleargă zadarnic după analogia persoană-lume, iremediabil compromisă. *Lumea psihoticului reprezintă un interminabil stîrșit, așa cum conștiința normală este un neîntreput început, un prezent abandonat mereu în favoarea viitorului util.* Acest sfîrșit e mereu trăit și formulat. În lumea nebunului nu există întrebarea „de ce” ? fiindcă totul se organizează după modalitatea *certitudinii patologice* (absolute). Așa este, de exemplu, materialul de neformație (delirul halucinator) patognomic pentru schizofrenie care apare brusc, gata dezvoltat, investit cu o totală convingere.

Psihopatologia psihozelor relevă și comentează dismodularea, *degradarea pînă la dezagregare a trăirii spațio-temporalității*. În normalitate totul este retrospectiv ca semnificație trăită și prospectiv ca intenție. Psihoza anulează această lege fundamentală a vieții psihice *suspendînd devenirea prospectivă a persoanei*. Iar acolo unde nu există anticipare, trecutul este inevitabil consumat, condamnat, spulberat și anihilat (Ernest Bloch). Psihoza fiind o desfășurare în afară de timpul și spațiul trăit nu poate însemna cunoaștere autentică și creatoare.

Prestigioșii clasici ai psihiatriei au vorbit de „tulburarea desfășurării în timp” (Guiraud) și de „alterarea sincronismului trăit” (Minkowski) în cazul delirului. Sau de o lume schizofrenă în care „între timpul lumii și timpul eului apare o prăpastie cînd se dezagregă întreaga viață psihică” (Strauss).

Este cunoscută trăirea maniacală a timpului care se dilată vertiginos încît bolnavul nu mai încapă în dimensiunile obiective și se consumă într-o hiperdesfășurare ce îi mărește, în cerc vicios, dezordinea psihică. La polul opus se plasează melancolicul ; acesta trăiește integral într-un trecut invadant și dureros în dauna prezentului

și mai ales a viitorului generator de tensiune și terifiant. Această înmărmurire a timpului e denumită de von Geb-satel „stagnarea devenirii”. Ea exprimă covîrșitoarea durere morală și triumful suferinței veșnice. Dar, mai ales devalorizarea progresivă a lumii și persoanei.

Derealizarea și depersonalizarea, semnificînd progresiva negare a realului, modalitatea de „comunicare deranjată” (von Geb-satel) implică alterarea trăirii spațio-temporale și denaturarea trăirii unității persoanei. Iar autismul reprezintă modalitatea ultimă de dezagregare a psihismului și a dimensiunilor sale temporo-spațiale, replierea pe linia unui non-psihism.

Stările catatonice exprimă, după Baruk, o neacceptare a spațio-temporalității cu invadarea vieții psihice de trăiri haotice, onirice sau fantastice.

S-ar părea că prezentînd nebunia pe diapazonul „ordine-dezordine” folosind o metodologie mai riguroasă și un limbaj caracteristic științei moderne, am părăsit metoda fenomenologică. Acest lucru nu e posibil în psihiatria contemporană unde există încă suficient loc pentru aproximații și limbajul nesfîrșit modulabil al fenomenologiei clinice. Pentru descrierea semiologică a psihozelor ne vom sprijini pe enumerarea unor sindroame care exprimă modalitățile de dezorganizare psihotică a psihismului denivelat din funcțiile și raporturile sale normale. Unele din ele privesc alterarea raportului dintre persoană și lume caracteristică schizofreniei (1, 2, 3, 4), altele constituie modificări psihotice ale afectivității (5, 6), cele numerotate cu (7 și 8) în lista de mai jos sînt caracteristice psihozelor exogene. Sindromul demential (9) se referă la patologia de intensitate psihotică a vîrstelor înaintate, iar sindromul anxios (10) este prezent peste tot în patologia psihotică :

1. Sindromul disociativ. 2. Sindromul halucinator.
3. Sindromul delirant. 4. Sindromul de derealizare, depersonalizare, autism. 5. Sindromul maniacal. 6. Sindromul melancolic. 7. Sindromul confuziv. 8. Sindromul oniric. 9. Sindromul demential. 10. Sindromul anxios.

Gîndirea medicală — în general — și cea psihiatrică în special se sprijină în demersurile întreprinse pentru delimitarea și formularea unui diagnostic de boală pe conceptul de *sindrom* și pe reunirea elementelor defini-

torii ale diverselor sindroame. Recunoașterea apoi, a succesiunii sindroamelor, a dinamicii lor complexe, a convergenței lor spre un tablou caracteristic de boală, reprezintă drumul spre investigația expresivității psihopatologice. Psihopatologia se sprijină pe o mulțime de fapte clinice și pe echivalentul lor în plan exprimat. Adică, acela al simptomelor care pulsează spre planul supraordonat al sindroamelor din constelarea cărora rezultă *modelul vieții psihice degradate* a psihoticilor.

● **Sindromul disociativ** constituie semnul bazal, nuclear ca o ogivă, sub care se desfășoară patologia schizofrenică și semnifică *pierderea solidarității, respectiv a unității coezive dintre componentele psihismului*. Psihismul nefiind un grup ci o mișcare, disociația înseamnă dezorganizarea generalizată a dinamicii psihice, de la dereglarea homeostaziei organice și pînă la nivelul expresiei (limbaj scris sau vorbit, gesturi, mimică etc.). Ea poate fi întâlnită peste tot (instinct, gândire, afectivitate etc.), deși nu proporțional.

Această pierdere, rupere sau fărâmițare a unității psihismului nu constituie fenomene de lipsă, de deficit ci defecte de organizare, strămutarea funcționării vieții psihice pe un alt context de reguli și legi. Dispariția sinergiei funcțiilor psihice conduce la anihilarea progresivă a persoanei, la depersonalizarea și derealizarea lumii. Disocierea dintre persoană și lume, dintre psihism și alte psihisme, constituie realitatea nebunii prin excelență. Bolnavul devine un altul, un reziduu din el însuși care nu-și mai recunoaște istoria individuală. Rămân doar umbre, „fragmente” din psihism, simboluri din ceea ce a fost odată un întreg, o persoană.

Schizofrenul este disociat afectiv, în sensul că nu ființează o legătură între sentimente și cauzele lor, între sentimente și investirea lor. Astfel, el este indiferent față de cine ar trebui să fie sensibil și invers, vibrează față de necunoscuți deși aceștia nu participă la ceea ce îl privește direct.

În gândirea schizofrenă se pune în evidență o profundă modificare în activitatea asociativă. Polarizarea gândirii, structurarea ei după legile de dezvoltare logică (formală și dialectică), coordonatele temporo-spatiale și cauzalitatea se destramă. Asociațiile ideative se reali-

zează la voia întîmplării, după niște atracții și afinități formale, neașteptate, incoerente sau verbalistice. Exemplu: „am nirvanism și impulsivitate... trebuie să vorbim împreună... în afară de gândirea mamiferelor gândirea mea e o impostură... străine de mine și friguroase la maximum... sînt cubic și m-am mutat într-o oglindă”.

Disociația dintre afecte și instinct alimentează atitudinile paradoxale cum ar fi cele cu fond erotic. Rezultatul disociației constă în creșterea cuantumului de dezordine și confuzie, de orientare contradictorie și apragmatică a psihismului. Lipsa de coordonare dintre marile funcții ale acestuia (intelect, afectivitate, instinct etc.) a fost asemănată cu o *ataxie intrapsihică* pe care o accentuează nivelul general scăzut al tonusului și intensității de desfășurare a activității mintale în general. Efectul acestor schimbări în funcțiile psihice transformă pe schizofren într-un fel de „mașinărie” ciudată de produs cuvinte fără legătură, neologisme incoerente („salată de cuvinte”) ce se ciocnesc și se combină la întîmplare. Dizolvarea personalității prin disociere constituie defectul central, infrastructural sau portant al schizofreniei. K. Kolle ne spune că acest deficit se răspîndește pe capacitatea de utilizare a tuturor uneltelor avute la dispoziție, în mod firesc de psihicul normal.

● **Sindromul halucinator** exprimă dereglarea generală a funcțiilor psihice încît referința senzorială la lume încetează să mai fie reală ca sursă de informație. Definiția cea mai generală (și clasică) a fenomenului halucinator este aceea de „percepție fără obiect”. Ceea ce înseamnă că toate instanțele perceptive se orientează și desfășoară fără să cuprindă obiectul actului halucinator. Halucinantul trăiește cu convingerea realității, dar pe o realitate inexistentă.

Memoria funcționează ca un instrument al percepției. Actul de memorie ține mai mult de viitor decît de trecut, mai mult de anticipare decît de retrospecție, mai mult de acțiune decît de vis și de imaginație. Mecanismul halucinației este tot un fapt de memorie dar inadecvat, ilustrînd ce puțin servește halucinația ca reper de acțiune. Acest lucru se întîmplă din cauza defectelor bazale ale organizării halucinatorii, care se dezvoltă independent de aportul senzorial și deci, steril din punct

de vedere al organizării spațio-temporale și al comprehensiunii elementare.

Halucinația are toate caracterele unui fenomen senzorial, inclusiv acela de a se întâmpla „ca și cum” ar fi reflectarea unei realități obiective. Dar, activitatea halucinatorie are loc la un nivel psihic general în care nu se mai păstrează unitatea complexă, funcțională a persoanei. În corelație cu acest nivel general se obișnuiește să se vorbească de *halucinații criticate* și *halucinații acceptate*, investite cu tot creditul și însoțite de participarea bolnavului. În fond, toate modurile sînt posibile de la halucinații hipnagogice ce apar înaintea somnului pînă la marile stări halucinatorii în care toată realitatea este înlocuită cu o alta de natură patologică.

Halucinozele se definesc printr-un fel de simbioză ce se poate stabili între psihotic și halucinațiile sale. Conștient de ele, dar necăzind victima unei substituiri de realitate prin halucinație, bolnavul nu le poate influența desfășurarea și nici să se dezbrace de ele sau să le oprească. Este ca un spectator care asistă, mai mult sau mai puțin activ, la un film care se desfășoară mereu pe un ecran interior (atît optic cît și auditiv).

O formă mai complexă e dată de *halucinațiile senzoriale*: auditive, vizuale, gustative, olfactive, kinestezice. Ele se pot asocia între ele, suferindul situîndu-se într-un fel de „lume halucinatorie” care îi condiționează tot comportamentul. De multe ori sentimentul de influență și acțiune exterioară, de posedare demonică, și automatism mintal etc., este așa de puternic, încît individul halucinant se apără, își astupă urechile și nările cu vată, se ascunde sub pătură sau își ține ochii strîns închiși. Halucinațiile servesc ca „surse de informație” pentru activitatea de interpretare desfășurată de bolnav în delirul său.

Diagnosticul stărilor halucinatorii se realizează prin observarea comportamentului, mimicii ș.a.m.d. Tipul cel mai frecvent de halucinații întîlnit în patologia mintală este cel *auditiv*. Zgomote, voci, conversații pot constitui conținutul variat al halucinațiilor auditive. Sursa obiectivă sonoră poate fi localizată sau misterioasă. Vocile au un caracter amical, indiferent, agresiv sau ostil. În cazul *halucinațiilor optice* putem surprinde bolnavul cu

privirea fixă, concentrat pe un spectacol sau viziune ce se substituie realității.

Alteori dialogul interior determină o realizare motorie: bolnavul își mișcă buzele, răspunde cu o voce șoptită sau urmărește „vedeniile” etc. Sindromul halucinator îl putem întîlni în schizofrenie, în stările infecțioase febrile, alcoolism, epilepsie și intoxicații (cocaină, mescalina etc.).

● Psihiatria este „știința delirului” afirmă unii psihiatri convinși că **modificarea delirantă** constituie replica cea mai complexă pe care patologia mintală o așează față în față cu normalitatea. Ei cred că inițierea în psihiatrie s-ar putea realiza prin studiul ontologiei delirului; acesta reprezintă o gîndire în afară și „golită” de realitate.

Modalitatea normală de gîndire este înlocuită cu alte forme mintale ce duc la modificarea personalității celui suferind și-l plasează într-un raport anormal cu realitatea. Etimologic, delir înseamnă, la început, „sărirea din brazdă a plugului”. Plugul reprezenta pe vremuri, pentru omul simplu, un simbol al căutării, schimbării zilnice și dirijării planului său de muncă. Și azi delirul înseamnă același lucru, adică un psihism care părăsește unica sa temă, a existenței și devine un „simulacru de existență”. Prin delir nebunia devine paralelă cu lumea reală!

Delirul reprezintă o funcție deviată de la sensul obișnuit de cunoaștere a lumii, are o tematică fixă și un rezultat unic, constînd dintr-o *convingere indiscutabilă*. Există o singură posibilitate de contact cu bolnavul și ea constă în a co-delira împreună cu el. „Delirarea” împreună cu bolnavul permite diagnosticul și, în plus, îl mulțumește. El nu-și dă seama că noi ne prefacem că delirăm. În fond, delirantul reprezintă un mic „dictator” ce ne anunță despre un singur lucru posibil: acela de a avea el dreptate! Nu are nimic de pledat, deoarece el se simte angrenat firesc în adevărul comun. Nu există argumente de nici un fel capabile să-l clintască pe delirant din convingerile lui, ceea ce îl face rigid și impermeabil. Toate acestea la un loc au ca rezultat o existență ce nu mai stă în realitate decît cu partea sa fizică, încît delirantul nu seamănă cu un „extramundan”, ci

este „extrareal” : existență într-o lume care aparține exclusiv bolnavului mintal și în care el se situează cu aceeași intensitate de participare, fără nici un canal de comunicare și de concesiile posibile înțelegerii cu cei normali. Psihoticul comunică cu noi, dar nu printr-o comunitate de idei, sentimente sau valori, fiindcă el rămâne în aria nebuniei, o lume de insule unde fiecare este singur. Ne oprim aici cu considerațiile despre delir, deoarece în fiecare capitol de patologie psihotică el este prezent așa încât va reveni de nenumărate ori printre rindurile acestei cărți.

● **Sindromul de derealizare, depersonalizare și autism** constituie un important ax după care se constituie nebunia. Vorbim despre derealizare și depersonalizare împreună, deoarece pierderea funcției realului se însoțește și de dispariția sentimentului de unitate, prezență și eficiență a persoanei psihotice printre ceilalți semeni.

Sistemul de referință continuă constituit de sentimentul corelației și interdependenței dintre persoană și lume se descompune fie în polul trăit ca fenomen de coeziune și continuitate a psihismului, fie în polul exterior, reprezentat de sursa continuă de informații a realității. Schizofrenul își pierde sentimentul unității interioare sau poate asista la o descompunere a semnificației și valorii realității. Obiectele se schimbă în „altceva”, însușirea de „realitate” scade în intensitate și pregnanță, lucrările par să fie îmbibate de ceva străin, neliniștitor și catastrofal.

Atunci când conștiința bilanțului depersonalizării se realizează mai mult în afectivitate decât în cunoaștere, mai mult în singurătate decât în pierderea realității, în izolare și întineric, vorbim de o formă aparte, intensă și gravă a depersonalizării, ce se cheamă *autism*. Înregistrăm un fel de alunecare spre înăuntru, spre o progresivă zidire a unui perete impermeabil de izolare față de realitate și, concomitent, o scădere a preciziei și luminii în care lumea se oferă sub forma lucrurilor și fenomenelor, a situațiilor și trăirilor. Autistul continuă să trăiască în lumea sa săracă axată pe imaginar. Între el și realitate se interpune „un vâl, un clopot de sticlă”. În concepția lui H. Ey nucleul schizofreniei este autismul,

viața imaginară considerată de clinicieni drept fondul schizofreniei.

Autismul se întrepătrunde uneori cu delirul sau disociația și este caracteristic schizofreniei. Kranz ne atrage atenția că bolnavul maniaco-depresiv este mai puțin receptiv la ceea ce se întâmplă în jurul său decât schizofrenul și deci că, în mod paradoxal, psihoticul afectiv este mai autist decât înstrăinatul schizofren. Acest fapt este valabil pentru melancolic și în mult mai mică măsură pentru maniac.

Alteori autismul reprezintă un final al unei îndelungate evoluții halucinator-delirante ce conduce la acest tip de persoană repliată pe sine și necomunicantă. În spatele necomunicabilității autistice se ascunde fie o sărăcie și pustiire psihică, sau, dimpotrivă, o bogată lume disociaată și delirantă.

● **Sindromul maniacal** pune în mișcare o *formulă hipertimică* în care bolnavul se „îneacă” în bună dispoziție, așa de tare încât câmpul de conștiință este invadat și expropriat de trăirile afective normale și de celelalte teme ale existenței. Maniacul se construiește pe următorul model de fenomenologie clinică : euforie, hiperactivitate, idee accelerată și improvizată ce seamănă cu un robinet rămas deschis.

Procese intelectuale au un ritm de desfășurare supraabundent și dezordonat. Percepțiile sînt de multe ori inexacte din cauza superficialității și asociațiilor parazitare. Obiectele ca și persoanele sînt de multe ori confundate. Reprezentările se desfășoară cu mare viteză, fără stabilitate, într-o „fugă”, încît ajung să se împiedice una pe cealaltă (*fugă de idei*), iar direcția de gândire este schimbătoare ca un indicator de vînt. Rezultă o activitate intelectuală săracă, cu revenirea sterilă a aceluiași idei. Atenția spontană este excitată și bolnavul este hipersolicitat de toate elementele mediului, înregistrînd detalii fără importanță. În schimb, atenția voluntară, dirijată și adecvată, se prezintă deficitar.

Consecința acestor modificări este reprezentată de lipsa de ordine și coerență în gândire care nu mai poate avea o direcție susținută și este parazitată de asociații inutile, digresiuni, întreruperi. Maniacul nu poate duce

la sfârșit cea mai simplă tentativă de expunere sistematică. Euforia exagerată se convertește în proiecte, invenții, idei de grandoare, fantezii imaginative, convingeri despre talente și realizări proprii excepționale. De exemplu, un maniac vrea să construiască un teatru cu scena la mijloc pentru ca să încapă mai multă lume, altul crede că știe șapte limbi din care, de fapt cunoaște doar două, trei cuvinte, ș.a.m.d. Alteori, apar idei revendicatoare și de persecuție relativ la persoane devenite antipatice bolnavului.

Activitatea maniacului este expresia regimului psihic debordant și steril. El se cheltuiește într-o agitație continuă, aleargă, dansează, gesticulează, cântă etc. Uneori agitația poate să degenereze în manifestări agresive sau răzbunătoare.

● **Sindromul melancolic** realizează un vîrf de patologie psihiatrică însoțit de o profundă modificare a persoanei în care *interpretarea delirantă conferă marca de psihoză*. Tulburările afective hipertimice sînt dominate de o depresie profundă, asociată cu o durere morală penibilă și invadantă.

Întîlnim sentimentul fricii de viitor și o polarizare a conștiinței spre trecut. Toată atitudinea melancolicului este un refuz general și teamă de ceea ce va veni. Se simte umil, mizerabil, diminuat fizic și moral. Aceste teme pot răsuna în construcțiile delirante. Bolnavul cade pradă unui sentiment dominant de culpabilitate, are mereu să-și reproșeze ceva și de aceea așteaptă cu anxietate viitorul (melancolia a fost numită și „psihoză de așteptare”). El caută în trecutul său motive de remușcare și descoperă nenumărate dovezi de vinovăție pentru care ar trebui să fie pedepsit. Concomitent bolnavii se simt modificați afectiv, ca fiind insensibili, reci, egoiști sau inumani.

Melancolicul nu are conștiința bolii și nu cere să fie vindecat. Dealtfel, activitatea bolnavului exprimă conținutul afectiv și delirant ce bîntuie viața sa psihică, caracterizată printr-o tristețe covârșitoare și mută, sau alteori printr-o mare anxietate, continuă dar oscilantă ca nivel. Ca o consecință a „logicii” interioare a delirului se înregistrează foarte frecvent tendința de sinucidere. Tentativele apar mai ales în perioadele de anxie-

tate dar pot să apară brusc în mijlocul unei stări de calm relativ.

Cele două sindroame — maniacal și melancolic — se combină după diverse formule evolutive în psihoza maniaco-depresivă.

● **Starea confuzivă** face parte din grupa sindroamelor în care o cauză patogenă exercită o acțiune profundă asupra creierului, determinînd o încheșurare sau întunecare a conștiinței, o dificultate generală ce poate ajunge pînă la suprimarea funcțiilor psihice. Confuzia mintală se poate manifesta în intensități și varietăți clinice foarte diferite. Descrierea sistematizantă folosește o formă de intensitate medie care să funcționeze ca un sistem de referință.

Confuzia mintală pare să fie o modificare cantitativă, dar în fond constă din fenomene dinamice, adică *stări reversibile* ce pot reveni la normal. Sprijinindu-se pe fenomene de *deficit mintal* și *neoproducție* (onirism) confuzia este un sindrom — afirmă Regis — în care se remarcă unitatea ei și secundaritatea delirului. Bonhoffer denumește această patologie *reacții exogene* sau *psihoze secundare, simptomatice* și enunță o clasificare a lor :

1. delir febril, 2. confuzie epileptică, 3. stări crepusculare, 4. confuzie propriu-zisă, 5. confuzie catatonică, 6. „destructurarea” din epuizarea și suferința organică.

Acest sindrom reprezintă o cădere generală a ansamblului operațional, deficit în instrumente, capacitate, viteză și energie, a tot ce a fost psihismul. Ruda cea mai apropiată a confuziei mintale sînt fenomenele de la marginea somnului, la intrarea în, sau trezirea din el. La adormire înregistrăm o dezorientare progresivă în spațiu și timp, prin căderea întrebărilor sau prin dezinteres. Claparède spune că a adormi înseamnă „a te dezinteresa”. Există însă deosebiri între somn și confuzie : prima stare este activă, a doua este pasivă și semnifică pierderea capacității de a recepționa, precum și scăderea eficienței psihice. Confuzul nu vrea să fie „confuz” dar este, încearcă să fie atent, să recunoască, să-și amintească și să rezolve mintal probleme, dar nu reușește. Între proiecte și acte nu există adecvare. Realitatea devine cețoasă iar bolnavul este confuz în mișcare și înțelegere, în memorie și atenție. Fenomenologia con-

științei este tipică dezorientării : privește fără să înțeleagă imediat, aude întrebările adresate, dar intră în conversație cu întârzieri mari. Este un încetinit global al activității care-și pierde întregul dispozitiv al fenomenelor conștiinței și posibilitatea de a funcționa ca o unitate dinamică în procesul de adaptare la lume. Este confuz și de unul singur ! nu știe unde se află, unde a pus un obiect, unde-și are camera, nu recunoaște sora de salon sau uită vizita medicului etc.

Toate lucrurile pierd puterea de a „veni” spre instanțele conștiinței după cum nici aceasta nu poate „pleca” spre obiectele din jur. Concluziv, putem spune despre confuz că el *pierde posibilitatea fundamentală de a folosi coordonatele realității pentru polarizarea direcției sale psihice.*

În confuzie întâlnim și modificări ale *schemei corporale*, ce funcționează ca un instrument concret pentru inserția în realitate. Persoana umană începe de la suprafața pielii, merge spre înăuntru și spre în afară (societate). Schema corporală este o funcție dar și un datum automat egal cu el însuși. Ea este foarte încărcată afectiv, ținem la ea și o echivalăm cu noi, nu acceptăm să ne-o modificăm și o încărcăm cu dorințele noastre (modă, siluetă, cosmetică etc.).

În patologia psihică înregistrăm modificări ale schemei corporale agreabile sau dezagreabile. În confuzia mintală schema corporală suferă modificări ce poartă amprenta dezorientării : bolnavul nu deosebește dreapta de stînga, nu mai poate imita exerciții simple, ceea ce traduce o dezorganizare în cuplarea schemei corporale cu realitatea înconjurătoare. Uneori apar modificări de formă ale schemei corporale și atunci descoperim fenomene de *neoproducție*. Schema se dilată sau se ratatinează, iar bolnavul nu se mai recunoaște și nu se regăsește în hainele sale.

În general, confuzul se simte straniu și încetinit, cu o corporalitate difuză și modificată. El își dă seama de lentoarea și deficiența sa psihică. „Sînt zăpăcit, nu pot să mă gîndesc, sînt obosit, mi se încurcă mintea” revin în vorbirea lui săracă și lentă. Efortul de a-și învinge inerția și torpoarea, de a se adapta la lumea exterioară este vizibil. Încearcă să se orienteze folosind repere vechi de memorie dar nu poate realiza decît

palide recunoașteri. Atunci cînd gradul de confuzie este profund, aceste tentative dispar și bolnavul este scufundat într-o dezorientare haotică și inertă, ilustrînd o atingere „instrumentală” a psihismului : alterarea și dezorganizarea percepțiilor, amnezie de fixare și evocare (amnezie lacunară), distorsiunea cursului și asociațiilor de idei (amestec, confuzie, revenire).

Din punct de vedere afectiv, caracterul dominant al sindromului confuziv este dat de mirare, nesiguranță, anxietate sau sentimentul de suferință neputincioasă. Față de persoanele apropiate, confuzul rămîne mai mult indiferent. Iar activitatea voluntară este extrem de diminuată, mișcările sînt lente, stîngace, ezitante. Bolnavul nu are nici o inițiativă și se supune docil la ordinele primite, ca un abulic și „neajutorat” din cauza împiedicării, imperfecțiunii și dificultății proceselor psihice.

● În **sindromul oniric** („delirul de vis”) pe lângă aspectul de deficit înregistrăm și o formă elementară de activitate cerebrală, constînd în fenomene de neoproducție (onirică). Caracterul de sterilitate și lipsa operațiilor mintale, ca și dezorientarea din vis, constituie în acest caz un reper psihiatric. Iar termenul de „confuzie onirică” exprimă gradul cel mai grav de confuzie.

Somnul fiziologic implică visul nu ca un accident, ci ca o „substanță” a lui. Nu există somn fără vise, ci doar fără „conștiința” lor. În patologie există „vise fără somn” în starea de confuzie onirică, caracterizată printr-un maximum de confuzie și un minim nivel de conștiință. Starea de confuzie onirică („delir halucinator oniric”) nu este delirantă cu modificarea personalității în ansamblul ei, ci o stare de vis ce nu se desfășoară întrasomn și prin aceasta devine un fapt de patologie. Aici ne sprijinim pe doi poli : *bilanț defectiv* (pierderea randamentului, promptitudinii, vitezei, eficienței funcțiilor psihice) și, intricat, *fenomene de neoproducție* din domeniul visului, a „viziunilor” de vis cu atît mai extinse cu cît confuzia este mai profundă. Visul nu este demonstrabil, nu putem aduce pe nimeni în spațiul nostru de vis.

Timia onirismului se ilustrează prin teamă, teroare, angoasă, pericol și, în general, o anxietate anideică.

Un semn interesant al onirismului îl constituie nerecunoașterea sau falsa recunoaștere de persoane. Neputînd realiza comparații, toate obiectele sînt la fel de neprecise.

În starea confuzivă orice analiză structurală trebuie să țină seama de nivelul conștiinței, deoarece formele ei se pot plimba pe o largă scară de variații. În vis, confuzul se decuplează de realitatea înconjurătoare și nu comunică, nu-și găsește limbajul. În structura onirică înregistrăm o succesiune de imagini, de la iluzii la false senzații, de la halucinații senzoriale predominant vizuale pînă la cele polisenzoriale, totul fiind metamorfozat în „retorta” de vis.

Memoria funcționează slab și confuz ca în somn, la care se adaugă incoerența timpului și spațiului trăit, trăirea într-o dezordine spațială (Minkowski, Strauss etc.). Dar tot atît de bine dezorientarea amintită poate să țină de ceea ce Jaspers numește „îndepărtarea de lumea reală”.

În acest sindrom activitatea motorie se împletește intens și amplu cu desfășurarea onirică. Oniricul nu doarme, el are ochii deschiși și visează, rezultînd iluzii ale tuturor simțurilor cu deformări importante ale lumii înconjurătoare. Temele onirice se alimentează în arsenalul lor de imagini cu situații profesionale, din stări de agitație și teamă cu vizionarea celor mai fantastice episoade. Alteori, temele sînt expansive și favorabile.

Între cele trei componente fundamentale: *stare toxică*, *confuzie mintală* și *onirism* pot să intervină nemăsurate proporții de asociere dînd naștere la o mulțime de forme clinice (confuzie simplă, stare onirică, onirism agitat cu confuzie etc.). Confuzia mintală cu onirism constituie forma clasică a bolii. Activitatea mintală este alterată global, dominată fie de starea de confuzie, fie de onirism. În cazurile mai ușoare, perioada diurnă este dominată de confuzie, iar noaptea de activitatea onirică. În formele grave amestecul între realitatea confuză și producția onirică îl scufundă pe bolnav într-o lume haotică și fără orientare, bîntuită de halucinații.

● **Demențele** se definesc ca procese pluricausal determinate ce realizează modificări profunde la nivelul creierului și se traduc printr-un tablou complex atît

psihic cît și somatic. *Sindromul demențial traduce o sărăcire durabilă și globală a activității psihice. Condiția ireversibilității este definitorie pentru demențe, la fel cum dereglările psihice episodice (reversibile) sînt proprii sindromului confuziv.*

De la omul normal pînă la demența constituită există un drum foarte lung. Debutul este lent și se traduce prin modificări de caracter și tulburări somatice. Astfel, se descriu îngustări ale afectivității (indiferență, răceală afectivă, egoism, neîncredere în semenii, tulburări mnemice, izolare de semenii etc.). În cursul stărilor demențiale unele funcții sînt mai puțin afectate, altele mai grav.

Tulburările de caracter se dublează cu modificări intelectuale: pierderea fluidității mintale, diminuare a fondului intelectual care se traduce prin lipsa de precizie, siguranță, rapiditate, spontaneitate a gîndirii. Apare dificultatea, sau chiar imposibilitatea, de a efectua sinteze mintale și astfel se reduce capacitatea de adaptare la idei, situații noi.

Tulburările de memorie îmbracă forma deficitului de fixare. Vocabularul se dezorganizează progresiv și demențul ajunge să folosească fraze sau cuvinte vagi, care se repetă.

Fenomenul de *dezorientare temporo-spațială* survine uneori brusc, sub formă de ictusuri amnestice traduse prin episoade de rătăcire sau fugi patologice. Fatigabilitatea caracterizează demența și ea se poate observa în timpul unei conversații. La început bolnavul poate reacționa prompt iar pe parcurs răspunsurile scad în adecvare și devin tot mai inexacte. Labilitatea afectivă și sugestibilitatea se întîlnesc în majoritatea demențelor. Activitatea variază în sensul că unii își petrec timpul în activități diverse dar cu randament scăzut, iar la alți demenți observăm stări de tip maniacal.

Evoluția spre prăbușirea totală (nonpsihism) poate fi lentă sau rapidă. Demențele se pot grupa în două categorii, în funcție de *factorul etiologic* și *substratul anatomo-patologic*. Clinic există de asemenea două tipuri de demențe: unele plate în care predomină fenomenele deficitare, de prăbușire psihică și în altele fenomene de neoproducție (delir, halucinație).

● **Anxietatea** este o stare afectivă patologică cu slabe corespondențe în experiența normală și constă dintr-o suferință interioară, durere intensă dar imprecisă care se însoțește de așteptarea unui pericol mai mult probabil decât cert, elaborat din descompunerea analitică a tuturor posibilităților de rău și catastrofă.

Anxietatea este prezentă pe toată întinderea patologiei psihice. În psihoze întâlnim o anxietate masivă, iar atitudinea suferindului devine țeapănă, hiperconcentrată cu un tremur generalizat, ochii mari deschiși și nemișcați. Se poate întâmpla să asistăm la crize anxioase. Bolnavul le străbate în plină agitație, umblind în lung și lat, desfăcându-și hainele care-l incomodează etc.

Întâlnim în patologia psihică atât *anxietăți reactive* cât și *anxietăți endogene*, profunde, fără determinism cunoscut dar caracteristice suferinței psihotice. Diagnosticul diferențial între anxietățile reactive și cele din psihoze se realizează luând în considerare debutul, evoluția și simptomatologia caracteristică. Simptomele psihotice (disociație, depersonalizare, autism etc.) nu apar în nici un fel de reacție psihopatologică. Uneori înregistrăm în clinică ceea ce Kretschmer a numit „delir de relație senzitiv-primitivă” iar K. Schneider „reacție de relație primitivă”. Ele nu sunt delire propriu-zise, dar apar nemotivat și au o dinamică de dezvoltare și sistematizare progresivă. Reacțiile de acest fel sunt reversibile în câteva zile și anamneza evidențiază o comportare normală după trecerea bufeului anxios-interpretativ.

K. Schneider încearcă o distincție între psihoze și reacțiile anormale de intensitate psihotică numite de unii autori și *psihoze reactive*: psihoza este o consecință a unei maladii cunoscute sau întemeiat presupuse, pe când reacția este un răspuns afectiv la o trăire dureroasă. Pentru diagnosticul unei psihoze sunt valabile numai acele forme ale tulburărilor sufletești care pot fi puse în directă legătură cu maladia subiacentă (psihoza endogenă). Să nu etichetăm ceva ca psihoză „reactivă” dacă nu avem la baza anamnezei o anxietate, un afect puternic sau un scop precis care a răsturnat bolnavul. Și astfel întrebarea: *proces* sau *reacție* este mereu reactualizată în patologia psihică și constituie cheia diagnosticului psihiatric.

Aplicarea medicației psihotrope realizează ecranarea simptomatologiei fundamentale, atenuarea expresivității specifice și chiar instalarea unor modele clinice simplificate, elagate, de psihoze. În această situație este dificil să modelăm și să clasificăm bolile psihice, mai ales că zonele limitrofe de patologie participă la un dublu joc al exigențelor delimitante în scara taxonomiei psihiatrice. Continua confruntare a modelelor de boală psihică contribuie indirect la procesul edificării opozițiilor și sintezelor dialectice și ne permite apropierea progresivă de unitatea dintre teorie și aplicațiile imediate, practice.

Realitatea clinică a psihozelor este polimorfă și maleabilă, dar numitorul comun este dat de faptul că tulburările psihice sunt *determinate organic*, iar psihoticul este — după K. Schneider — un microcosmos în sine și pentru sine. Ceea ce vrea să spună că există o *ontologie a nebuniei* și ea se referă la modificarea globală, la disoluția unității persoanei alienate.

Clinica psihiatrică folosește o modalitate de fișare a diverselor funcții psihice distorsionate sau dereglate. Această separare artificială și didactizantă servește realizării unui tablou semiologic sugestiv și ușor de înțeles pentru cei care se întâlnesc pentru prima oară cu „tragedia” psihotică. În acest sens, Jaspers a spus că este imposibil să „retrăim” trăirile artificiale ale psihoticului și să apreciem cu unitatea de măsură a psihologiei normale mentalitatea alienaților mintali. Dar o „psihologie negativă” nu există și nici nu poate fi concepută!

Psihoza lucrează cu și pe materialul furnizat de persoană căreia îi păstrează uneori conturul aproximativ sau îl poate distruge în formele avansate de boală. În *psihopatologia modernă identificarea modelului dezorganizat al vieții psihice devine criteriul fundamental de diagnostic*, ceea ce implică diminuarea încărcăturii magice pe care o purta, semnul — în general semiologia — în psihiatria clasică. Această concepție *anti-schematică* și *anti-reducționistă* presupune purificarea limbajului, a conceptelor folosite în încercarea de comprehensiune a nebuniei. K. Schneider relatează că cele mai multe diagnostice false iau naștere dintr-o pripită etichetare cu termeni tehnici, învățați pe de rost din manuale, și ne

propune, pentru evitarea arbitrariului, să ne purificăm terminologia, să evităm cuvintele fabricate din cărți și să folosim cât mai mult limbajul viu, de toate zilele, pentru a fi cât mai aproape de realitatea concretă a nebuniei. Pe măsură ce restul medicinei devine mai explicită și semnul își pierde din importanță prin scăderea puterii magice de reprezentare, psihiatria rămîne o știință de o mare bogăție fenomenologică în care eflorescența metaforică și prestigiul misterios al semnelor își păstrează nealterată valoarea noetică.

Psihoza reprezintă un spectru fenomenologic larg și divergențele sînt implicate în tipul conceptului folosit. Cu cît există însă mai multe opinii în favoarea unui model psihotic unitar, cu atît mai mult se confirmă mutația realizată de psihopatologia contemporană în comprehensiunea nebuniei. Înțelegerea psihozelor presupune constelarea dintre o perspectivă de studiere în *profundzime*, folosind ca instrument metodic conceptul de organizare triontică și alta de *suprafață* care vizează dinamismul fenomenologic al lumii psihotice. Sinteza dintre perspectiva ce studiază polul stabil al psihismului și cea care studiază celălalt versant, adică aspectul fluctuant, schimbător și nescontat al variațiilor funcțiilor mintale, se realizează în modelul de psihopatologie triontică care poate reflecta adecvat cea mai vastă alienare — nebunia — caracterizată prin derealizare, pierderea de valoare și eficiență a persoanei psihotice. Numai astfel psihopatologia va pierde în amănunt ceea ce cîștigă în profunzime...

PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ

Psihoza maniaco-depresivă s-a născut ca un cadru sintetic de patologie și a devenit capitolul ce a inaugurat psihiatria modernă în ansamblul vastei opere elaborate de psihiatri celebri ai secolului trecut. Ea reprezintă o tentativă prestigioasă de elaborare teoretică care a contribuit la complexa transformare a psihiatriei dintr-o disciplină empirică și adeseori metafizică într-o ramură științifică a medicinei moderne. Dar, interesant, cea mai cunoscută și sistematizată, mai bogat ilustrată boală din ansamblul clasificant al psihiatriei reprezintă totuși o *abstracție* și nu o realitate. Niciodată bolnavul nu este un „maniaco-depresiv”. El este fie depresiv, fie maniac sau mixt. Fiecare bolnav realizează un aspect, o varietate, o componentă dintr-o mare și mișcătoare sinteză, avînd titlul generic de psihoză maniaco-depresivă.

Caracterul fundamental al suferinței intitulată generic *psihoza maniaco-depresivă* constă în tendința sa de desfășurare ciclică, de spirală șerpuitoare. Fiind o boală care se definește prin contrarii și se desfășoară în timp e firesc ca observația clinică longitudinală să nu fie numai un adjuvant, ci o condiție sine qua non a diagnosticului.

S-a știut încă din antichitate că *mania* și *melancolia* pot să se succedă, dar nimeni nu a prevăzut legătura posibilă dintre ele. De abia Fallret, Baillarger și Kraepelin au fost aceia care au izbutit să realizeze o sinteză într-un ansamblu descriptiv și clasificator numit nebunie circulară, ciclică și, în sfîrșit, psihoză periodică. Kraepelin datorează viziunea sa de ansamblu simțului clinic și capacității sale de observație excepționale.

Dealtfel, toți marii inovatori au pornit de la observația unor fapte pe lângă care alții mai puțin dotați, trecuseră fără să bage de seamă nimic. Ca și owl lui Columb, concepția psihozei maniaco-depresive a folosit un material ce păru-se atât de evident încât nu i se acordase importanță. De fapt, ceea ce Kraepelin a notat, a analizat și a descris pentru prima dată au fost *stările mixte*. Și după ce el a socotit că are suficiente argumente pentru a realiza o sinteză, a susținut — și faptele l-au confirmat — că tot ceea ce descriesese înainte ca psihoză intermitentă, ciclică, periodică, cu formă dublă alternantă, respectiv oscilantă, toate acestea nu erau, în fond, decît psihoza maniaco-depresivă. Să amintim argumentele fine și inedite la vremea lor pe care Kraepelin le considera numitorul comun al unor manifestări atât de deosebite cum sînt mania și melancolia :

— Agitația maniacală și depresia nu se opun. Le este comună un fond de sterilitate, de oarecare „paralizie” psihică.

— Formele unice sau de același tip sînt rare, de cele mai multe ori fruste, greu clasificabile și fantastice.

— Se cunosc asociații între faza depresivă și maniacală, dar cel mai adesea tabloul maniacal este anunțat de o simptomatologie depresivă.

— Stările mixte reunes-c relativ durabil extremele.

Știm însă că sintezele perfecte sînt enunțate de matematicieni; aceștia eliberați fiind de substanța concretului operează pe forme perfecte. În științele naturii sintezele sînt întotdeauna aproximații, niște fenomene statistice. Și concepția kraepeliniană a demonstrat, de la început — ca și lucrările anterioare ale lui Fallret și Baillanger — că există cîteva întrebări care rămîn deschise. Suferința maniaco-depresivă se sprijină pe obligativitatea *endogeniei*, care funcționează ca argument justificator al unui mecanism unificator între formele contrarii. Clinica psihiatrică a adunat însă material apt să demonstreze că există posibilitatea suferinței maniaco-depresive *exogene*. Dacă această condiție de bază — endogenia — nu este specifică, atunci înseamnă că sinteza, dintr-o anumită direcție, nu-i suficient de motivată. Apoi, psihoza maniaco-depresivă,

al cărei „geniu” specific este *ciclicitatea*, poate să se aplatizeze într-o formă continuă (*cronică*) de manie sau melancolie.

Kraepelin a enunțat înrudirea dintre manie și depresie, înrudire mergînd pînă la identitatea rădăcinii lor reprezentată de imensa și enigmatică lume a afectivității. În acest sens, psihoza maniaco-depresivă se definește ca o *psihoză afectivă*. Melancolia și mania au devenit în gîndirea clinică niște lucruri corelate (ca și sistola cu diastola, expirația cu inspirația etc.) cu deosebirea că „dacă maniacul sare în eternitatea posibilului, melancolicul este încremenit în eternitatea trecutului” (Henry Ey). Sudura dintre cei doi poli ai dezechilibrului afectiv nu e proporțională, ceea ce ilustrează existența tuturor formelor de combinație posibilă între tristețe și veselie patologică.

MANIA

Vorbirea curentă folosește termenul de *manie* pentru desemnarea unui comportament fără suplețe, stereotip, tipizat și rigid. Cuvîntul manie ia parte astfel la marel grup al adjectivelor caracterologice. Există o „caracterologie” implicită limbajului, funcționînd ca expresia generală a tendinței și necesității de comunicare diferențiată dintre oameni. În acest sens, trebuie să recunoaștem că maniera universală de comunicare și înțelegere interumană este „portretizarea”, mai mult critică decît generoasă și indulgentă, generînd sentimentele de egalitate, de superioritate sau uneori de admirație, avute de indivizi unii față de alții. Sînt general cunoscute expresii ca : „maniac de ordine”, „mania contrazicerii”, „mania de curățenie” etc. Ele sînt semanteme ale limbajului comun și rămîn departe de psihiatrie.

Dar, și în interiorul psihiatriei, termenul de manie a suferit avatarii. El a migrat pe o lentă traiectorie de semnificație, de la „mania nebunie” a antichității grecești pînă la o serie de cuvinte compuse, apărute la începutul psihiatriei clinice (secolul al XVIII-lea și al XIX-lea). Unele dintre ele au rămas în funcție pînă azi,

dar cu devieri și mutații semantice destul de aberante față de sensul original (cleptomanie, erotomanie, dipso-manie ș.a.m.d.).

Fondatorii psihiatriei clinice au delimitat progresiv și din ce în ce mai aproape de conținutul actual cadrul nosografic al maniei. Apoi, legătura structural-dinamică cu melancolia a fost sintetizată într-un ansamblu maniac-depresiv, constituind primul sistem explicativ de psihopatologie.

Pentru psihiatria clinică actuală starea maniacală sau **criza de manie**, cum i se spune spre a sublinia panta destul de abruptă a trecerii de la sănătatea psihică aparentă la maladie, este un sindrom general de *excitație* și *accelerare psiho-motorie* care reunește, într-o desfășurare cvasi-scenică, activarea exaltată a afectivității, a psihismului de relații imediate, a motricității expresive, acompaniată de o eliberare dezordonată și desfrînată — dar impetuoasă — a instanțelor instincto-afective. Descrierea generală a maniei se sprijină pe redarea acestei *amplificări generalizate* a tuturor aspectelor vieții psihice, însuși sentimentul bazal de durată fiind prins în această creștere irezistibilă a vitezei interioare.

Debutul rapid progresiv pînă la bruschețe al accesului de manie apare ca o ridicare generalizată, dar disarmonică, a nivelului funcțional vital, ca un fel de amplificare a „voltajului” psihologic. Maniacul este un fel de reprezentant expresiv, dar și grotesc, al bucuriei de viață, al veseliei, optimismului direct, al sentimentului plenar de reușită fără eșecuri posibile și de problematică proiectivă. De aceea mania e destul de greu de plasat în cadrul unei definiții generale a bolilor, fiindcă decupează un teritoriu fenomenologic în care îndepărtarea de normal seamănă mai mult cu o simbolizare teatrală, cu un joc complex de bucurie însoțit de reconstituirea euforiei infantile, improvizarea neîncetată de noi variante de supraabundență și hiperactivă psihomotricitate, alimentate superficial prin feed-backuri din episoadele precedente. Dar această amplexare aparentă, această creștere de volum și bogăție a vieții psihice corespunde de fapt cu o scădere a eficienței proceselor psihice. În general, fenomenele maniacale sînt dominate de *aparențe*. Maniacul se manifestă și se cheltuiește în

forme exterioare și impresia de hiperactivitate psihică rezultă din generalizările pe care le enunțăm sau care au fost deja efectuate plecînd de la corelația dintre formă și fond.

Discursul actual despre patologia maniacală mai păstrează o oarecare însemnătate didactică, dar și-a pierdut apreciabil din utilitatea sa practică. Interferența terapeutică reduce durata puseelor, schimbă conținutul fenomenologic în sensul unei „elagări” sau schematizări geometrice, rezultînd simplificări esențiale ale tabloului clinic etc. Tot medicația psihotropă se repercutează preventiv asupra posibilităților de recidivă, iar multe accese maniacale diagnosticate precoce „avortează”, sînt oprite „în nuce” prin medicamentele administrate.

Prodromul, discret și nespecific, este marcat de o maleză generalizată, de tulburarea somnului pînă la insomnie completă. Iritabilitatea crescută e sesizată adeseori de anturaj, altelei debutul se schițează „de partea cealaltă” a baricadei cu o timie melancolică și cu scăderea tonusului vital.

Accesul maniacal reprezintă o bruscă și amplă modificare patologică ce se repercutează asupra tuturor funcțiilor organismului, cu o pantă de instalare rapidă. Aceasta nu este prefigurată sau distribuită în fenomenele constitutive anterioare. Ieșirea dintr-o stare de acces maniacal se realizează după un fel de model de distribuție inversă a fenomenelor, dar cu o viteză apreciabil mai lentă decît instalarea. Uneori — în forme și mai rare — această instalare poate să fie cvasifulgerătoare. Individul e năpădit de un val intens de euforie și creștere a tonusului psihic, de necesitatea manifestării acestei dispoziții excelente, acompaniată de o bunăstare ceneșezică și plenitudine energetică. Sînt și alte forme de instalare ceva mai lente, la fel cum altele le identificăm într-o mică simptomatologie prodromală (oscilații de dispoziție, valuri de tristețe, labilitate afectivă etc.).

Toate fenomenele prodromale nu poartă nimic specific din trăsăturile accesului maniacal și nu sînt componente ale sale. Unii psihiatri (H. Ey) au notat existența în debut a unui *simptom-semnal* (*simptom-crainic* sau *simptom-vestitor*). Criza de manie „se deschide” prin insolita apariție (sau reapariție) a unui comporta-

ment ciudat și nemotivat circumstanțial: repetarea insistență a unei melodii, scrisori cifrate caraghios și trimise fără motiv, invitații la ceremonii de familie fără obiect, vizite intempestive sau telefoane date în stil familiar sau comic unor personaje importante, schimbări neașteptate în îmbrăcăminte, coafură, ținută, excese de alcool, pierderea bruscă a comportamentului convențional etc. În sfârșit, maniacul poate realiza nenumărate lucruri fără să poarte pecetea patologicului, dar care nu sînt motivate și înseamnă schimbare în atitudinea lui.

La scurtă vreme și în imediată continuitate cu acest episod de intrare în accesul maniacal se instalează modificările ce constituie desfășurarea psihică maniacală. *Hiperhormie*, spune Guiraud, gîndindu-se la energia instinctivă eliberată și *hipertimie*, însemnînd în ansamblu vigoare și pregnanță afectivă, hiperactivitate cu o interminabilă desfășurare psihomotorie, invadînd întreaga existență trează a bolnavului.

Personajul pe care îl avem în față este în general dezordonat în ținută, ornamentat, insolit și excentric, nemăsurat în gesturi și mimică, provocator și insinuant erotic, aruncînd peste bord toată „epistructura” convențională și filistină a educației și „microdiplomației” de fiecare zi. Dar această hiperdozare a activității mintale, precipitarea accelerată pînă la un tempo vertiginos a modelului existențial comportă modalități distribuite pe o curbă largă ce poate merge de la un simptom-semnal al debutului pînă la haosul complet al unei frenetice și torențiale desfășurări psihomotorii, expresive și ludice. Prin poarta polimorfă și variată a debutului, maniacul se angajează în diagrama capricioasă și instabilă a evoluției care modulează fondul general de euforie, optimism și hiperactivitate după o curbă de salturi bruste și fără amortizare, cu deviații neașteptate și capricioase. Nivelele și tonalitățile extreme sînt — foarte des — dincolo de „comedia bufă”.

Ascultîndu-l, (nu se poate spune conversînd sau comunicînd cu maniacul) acesta are prea puțin timp și răbdare să-l asculte pe interlocutorul său. Și remarcă difuziunea în suprafață, dar cu o foarte bogată și mereu schimbătoare asociabilitate a ideii sale. Logoreea lui, practic „nesecată” în perioada de stare, reprezintă ex-

presia modificării cantitative a fluxului ideativ care-și pierde orientarea constructivă. La început registrul umoristic se sprijină pe calambururi ce se succed, alimen-tîndu-se din asonanțe, rime, sloganuri bufe sau apor-pouri caustice, crude și indiscrete pînă la dispariția con-vențiilor și regulilor educative, de „bună credință”.

Bogăția (cantitativă), facilitatea de exprimare, ex-presivitatea colorată și suculentă, sugerează prin ase-mănare o evoluție scenică a maniacului. Maniacul pare angajat într-o irezistibilă „comunicare totală” cu cei din jur, dar, „dramatismul” lui e caricatural, discrepant și șarjat. În această dezordine îmbogățită și progresivă maniacul se complăce, iar dacă de multe ori nu-i re-marcăm „jocul”, ne atrage atenția. Privirea lui e exa-gerată și strălucitoare, cu o mimică plastică asemănă-toare artiștilor. Această asemănare cu scena ne servește la analiza semiologică a maniacului. Se vorbește mereu despre atmosfera și *stilul ludic* al desfășurării maniacale deoarece simțim în comportamentul său exaltat și supra-dozat o necesitate imperioasă de activitate gratuită.

Manifestarea antipatiei joacă la maniac un rol eufo-rizat aproape tot atît de important ca și practicarea sim-patiei. El poate să devină periculos ca orice individ care-și pierde *frîna morală* și *responsabilitatea*, condu-cîndu-se după liniile de forță afectivă. Se poate adeseori să fie pradă unor variații timice foarte rapide și neaștep-tate în care simpatia și antipatia au aceeași valoare. Lipsa decenței și controlului pot să-l antreneze în situații delictuale. *Excitația sexuală* fiind totdeauna foarte pro-nunțată, lipsa de critică și de frînă transformă maniacul într-un agresor sexual. Uneori maniacul desfășoară in-sulte publice, comportament de tip huliganic, tulburări a ceea ce se cheamă ordinea publică etc. *Reacțiile medico-legale* ale maniacilor derivă și se înscriu pe o schemă „topologică” a medicinei judiciare: deteriorarea simțului moral, „evaporarea” autocriticii, dezinhibiție în compor-tament și creșterea agresivității. Accentuarea stării de hiperdesfășurare motorie poate să ajungă pînă la starea de *agitație furibundă*, distructivă, din cauza violenței și a incontinenței psihomotorii în care se cheltuiește ener-gia bolnavului.

Limbaajul maniacului prezintă caracteristicile de regim hiperproductiv (*logoree* sau *graforee*). În fond el nu e decât un document paralel de transpunere a conținutului și desfășurării psihismului său dezordonat, haotic. Maniacul aleargă de fapt după semnificațiile pierdute ale discursului său volatil, versatil și fără busolă. Remarcăm lipsa de măsură și pudoare în vorbele maniacului, aluziile și expresiile pornografice, ironia, aprecierile fără „perdea” și fără respectarea nici unei convenții, criticile aduse celor din jur cu ușurință și dezinvoltură totală.

Maniacul pare angajat într-o comunicare plenară cu ceilalți semenii. Dar, odată cu pierderea discreției față de ceilalți semenii se „denudează” printr-o sinceritate completă și involuntară ce îl privează de secretul firesc și necesar, pe care-l avem fiecare ca o componentă a persoanei și la adăpostul căruia ne dozăm amploarea și nuanțele comunicării interindividuale. Lipsa de discreție, *dezinhibiția totală*, practică în ceea ce privește secretele pe care eventual le deține, fac din bolnav o persoană tot atât de dezagreabilă ca și bufonul sau clownul care ne face să rîdem. În această mare dezordine și ebuliție se realizează totuși un fel de unitate interioară prin adăptarea maniacului la propriile lui trăiri prin intensitatea afectivă și bogăția de sentimente care însoțește explozia lui nemotivată de activitate mintală și motorie.

După ce a străbătut perioada progresiv-ascendentă a puseului maniacal, a excitației din ce în ce mai generalizate, bolnavul ajunge la un fel de „explozivitate” latentă care-l face să treacă foarte ușor de la stilul jovial, familiar și spontan, egal și direct cu oricine, la răbufniri ironice, agresivitate și poate chiar la o francă ostilitate, ca și cum bucuria atingînd o intensitate de prag dureros se transformă în supărare și minie.

Sindromul organic, concomitența somatică a maniei se articulează într-un tablou purtînd pecetea unei exacerbări vegetative și organice acompaniate de bulversări profunde ale unor modele biologice fundamentale. Somnul se dezorganizează pînă la dispariție, foamea și setea sînt accentuate, scade greutatea corporală, temperatura corpului poate oscila subfebril, fiind acompaniată de o proverbială rezistență la frig. Tensiunea arterială scade.

Salivația continuă are loc concomitent cu o stare saburală a tractului digestiv.

Portretizarea maniacului este inepuizabilă. Cheia acestei galerii nesfîrșite de personaje este unificată prin definiția psihiatrică și diversificată prin formula caracterială a fiecăruia. Slaba deteriorare și mai ales intensă desfășurare afectivă „aduce” în scenă un personaj aflat în continuitate cu antecedenta sa caracterologică. Accesul de hipertimie reia modelul caracterial într-o variantă caricaturală, hilară, iresponsabilă. Noutatea propriu-zisă a personajului maniac rezultă din eliberarea pulsională, dintr-o dezinhibiție ce poate merge pînă la prăbușirea pudorii.

Dar acest portret mișcător și intens colorat aparține din ce în ce mai mult trecutului. Era modernă a terapiei psihotrope a instaurat o altă fenomenologie clinică mai plată și discretă, cantonată înspre modalitatea de debut a patologiei maniacale. Traectoria evolutivă este „decapitată” de formele extreme și paroxistice de boală. Sub influența medicației neuroleptice, frenezia mintală nu se revărsă în variante conflictuale, agresive, medico-legale pe care maniacul le-ar putea actualiza. Spectacolul de mare amploare de altădată, la fel ca și desfășurarea filmului maniacal, se întîlnește tot mai mult în cărți și din ce în ce mai puțin în realitate. Prin medicația aplicată, accesul maniacal e influențat în dinamică înainte de a fi atins apogeul, sau de a fi străbătut etapele ascendente ale excitației dezlănțuite.

În psihopatologia maniei *excitația psihică și fuga de idei* reprezintă formula rezumativă pentru accesul maniacal. Ea cuprinde starea de exaltare și dezordine concomitentă a proceselor psihice, însoțită de un fel de accelerare în ansamblu a funcțiilor mintale. Asociațiile de idei, succesiunea reprezentărilor, bogăția evocării mnezice își accentuează viteza de desfășurare ca într-un fel de „dans mintal” frenetic și vorbim, în acest caz, de *tahipsihie*. O serie de componente, ca de pildă, viteza asociațiilor și percepțiilor mobile pînă la torent, superficiale și deformate, copioasa folosire a fluxului mnezic (hipermnezie maniacală) în serviciul unor reconstituiri fugace, false și inexacte, grandilocvente și contradictorii, cu o tematică frizînd deseori maniera delirantă de în-

depărtare de realitate au fost sintetizate și numite în clinica maniei ca *fugă de idei*. Acest tempo accelerat și plin de distorsiuni explică stilul și structura ideatiei maniacale angajată printr-un fel de stimulare recurențială, într-o *corupție logică fără ieșire*, degradată și deservită de facultățile mintale în hiperdesfășurarea dezordonată și depolarizată.

Hipermnezia nu-i ajută maniacului decât să „galo-peze” mintal, falsele recunoașteri îl rățesc în anturaj, percepțiile distribuite pe o suprafață prea mare se degradează în iluzii, dacă nu chiar în pseudo-halucinații. Paralel cu aceste fenomene de hipermnezie, care uneori sînt impresionante, tot ce a învățat cîndva bolnavul devine material fluid. Ecuația de bază a fixării, care implică atenție, fiind dereglată, maniacul nu ține minte, nu reține.

Atenția flutură pe deasupra lucrurilor fără alegere și vector, le efloarează numai, iar asociațiile se dovedesc a fi doar constatări de contiguitate și secvență a fenomenelor.

Accesul de manie semnifică mereu o înrîngere de cunoaștere și o risipă dezordonată de afectivitate. Lipsa de coerență, divagările, digresiunile critice și inadvertente, indiscreția totală, amestecată cu false reconstituiri se pot combina în creații imaginare, pseudodelirante, reluate apoi și amplificate interpretativ. Maniacul e invadat de dezordine în folosirea materialului perceptiv încît se înecă, se pierde în haosul lor și ajunge la sentimente cu caracter delirant, de influență, de transmitere a gândirii. Așa încît i se pare că poate să fie în comunicare cu ceilalți, asemănător cu un halucinat.

Bolnavul maniacal trăiește un sentiment general de modificare expansivă și euforică a persoanei, hrănind un sentiment de suprarealitate și supradotare. Fenomenele acestea de modificare a conștiinței maniacale constituie un fel de adaos aparte și specific, o modalitate psihopatologică înrudită cu delirul, fără a coincide însă cu esența modificărilor de gândire delirantă. Delirul apare extrem de rar și reprezintă un fel de ieșire a maniacului dincolo de marginile bolii sale. El nu constituie, de fapt o caracteristică a maniei, ci o impurificare a ei! Dealtfel, insistența și critica noastră îl fac să cedeze foarte

ușor, să opereze concesiile sau — pur și simplu — să părăsească o atitudine delirantă.

Orientarea în spațiu și timp nu are nici o importanță pentru un individ a cărui timie este într-o desfășurare gîlguitoare de bine, de cenestezie plăcută și de euforie.

Imaginația maniacului e tot atît de neînfrîntă ca și restul activităților mintale, dar această exaltare este neproductivă, superficială, lipsită de coerență. Creativitatea lui e nulă, produsele imaginative plasîndu-se la mare distanță de normalitate.

În gîndirea psihiatrică dialectică, în afară de criteriul mai sus ilustrat al excitației mintale și tot ce derivă din ea, avem nevoie să introducem un criteriu structural-dinamic, care privește psihismul maniacal în ansamblul determinărilor sale. Pentru noi starea de manie reprezintă o denivelare globală, o scădere a voltajului vieții mintale a bolnavului într-un nivel general caracterizat printr-o dezinhibiție a tuturor funcțiilor persoanei, dar mai ales printr-o modificare intensă a trăirii timpului. Rezultatul general al acestei schimbări psihice globale îl determină pe alienat să intre într-o altă relație cu realitatea decât cea normală, ca și cînd ea nu mai poate să încapă și să se reflecteze între dimensiunile obișnuite ale duratei.

Luciditatea bolnavului maniac este mai mică decât cea normală cu toate că el face aparent impresia unei stări de supraluciditate, de receptivitate mai vie, mai promptă și mai exactă decât în mod normal. Ea scade din cauza diminuării reflectării logice, și astfel tot ceea ce maniacul cîștigă în cantitatea de stimuli și imagini înregistrate pierde în capacitatea de înțelegere a realității. Iar paralel cu această degradare a funcțiilor superioare de înțelegere și participare se desfășoară și destrutturarea gravă a nivelului etic.

Toate aceste modificări psihopatologice în minus au ca rezultat o sărăcire a persoanei maniacului fiindcă în dinamica expansivă, în această „umflare” (cum o numește H. Ey) a psihismului maniacal nu se întîmplă nici un adaos informativ și în măsura în care eficiența, intensitatea unitivă de comunicare și reflectare a realității scade, apar fenomenele compensatorii. Ele sînt repre-

zentate de producția fictivă, de climatul de poveste veselă și optimistă instituită și plasată de maniac la aceeași distanță în raport cu realitatea, ca și jocul infantil. Aceste forme se actualizează sub regimul pulsivității instinctive, tensiunii generale, energiei afective cheltuite de maniac mai amplu decât sănătosul psihic. În măsura în care *persoana maniacului* e denivelată și sărăcită în ansamblul capacității intelective, responsabilității și creativității, ea se dilată într-un fel de „hiperexistență” plină de imagini hedoniste demonstrând că în dinamica proceselor sufletești retragerea din scenă a instanțelor inhibitorii și modulatorie au ca rezultată eliberarea, manifestarea neadecvată și nedozată a funcțiilor inferioare.

Dacă ne referim la clinica maniei putem să descriem tablouri obținute printr-o secțiune transversală (*sincronică*) în realitatea bolnavului maniacal sau putem să distingem forme observate longitudinal (*diacronic*), adică modalități evolutive de boală. Intensitatea fenomenală maniacală nu are un barem fix, ea se poate distribui de la *forme simple*, în care personalitatea suferă o exaltare, o stimulare generală, un câștig de hiperactivitate, până la *mania delirantă*. Formele simple transgresează cu puțin constituția hipomaniacală sau normală, dar, în general, toate formele de manie pot să-și găsească antecedente constituționale *ciclotimice*, de natură *hipomaniacală*.

În formele mai complexe, dezorganizarea de ansamblu a vieții psihice poate să ajungă până la un nivel ce permite instalarea unui delir (*manie delirantă*) extrem de mobil, schimbător, imaginativ. Delirul maniacal se deosebește de cel schizofren deoarece nu realizează rigiditatea, impenetrabilitatea, duritatea caracteristică elaborării derealizate din schizofrenie. Maniacul delirează după modelul grandoarei, își atribuie roluri și responsabilități pe care nu le posedă și nu reprezintă o forțare a realității decât după viziunea hedonist-megalomaniacă care rezultă din tonusul general crescut al timiei sale. Dezorganizarea senzorială este mai mult de tipul halucinației mintale și reprezintă un fel de „supapă” a hiperactivității mintale. Materialul halucinator este în-

trebuințat pentru a umple efervescența maniacală, fuga sa de idei.

Unele forme de manie sînt însoțite de o modificare de tip confuziv a activității mintale și se caracterizează prin fugă de idei, incoerență, deficit mnezic.

O altă direcție de transformare posibilă constă din amplificarea cantitativă a fenomenelor patologice rezultînd tabloul *coleric* și *agitat* în care precumpănesc manifestările motorii și somatice. Fuga de idei devine incoerență, frînturi de fraze strigate cu o voce răgușită sînt întrerupte de o sputație iterativă. Hiperagitația motorie s-a transformat în agitație anideică, stereotipă, repetitivă, fără finalitate sau expresie. Mica agresivitate morală din ironia inițială a migrat spre insulte, acuzații și invective delirante. Violența clasică duce la distrugere de obiecte și ceea ce e mai grav la lovirea celor din jur. *Mania supra-acute* (furia maniacală) semnifică o improprie denumire a cazurilor de delir acut.

Un alt cadru clinic interesant de semnalat sînt *stările mixte* în care formele maniacale se intrică cu unele simptome depresive. Întîlnim în clinica psihiatrică bufoneria liniștită, fără fuga de idei și fără hiperactivitate psihomotorie, tot așa cum remarcăm o depresie agitată, cînd ideile fug, dar nu sînt încărcate de o timie agreabilă. Putem înregistra și forme unde se întîmplă un fel de festonare între excitație și depresie, între rîs și plîns.

Să încercăm să considerăm suferința maniacală într-o perspectivă de durată (longitudinală, diacronică). În acest sens, mania se poate *croniciza* și acest lucru se întîmplă, statistic, mai frecvent la femei. Alte forme nu se închid după schema crizei și se cronicizează cu oscilații, uneori cu reveniri spre normal, alteori cu parțiale atenuări ale tabloului clinic. Se descriu tablouri clinice în care puseele maniacale intră unul în altul și nu se mai pot diferenția. Iar formele de manie surprinse la vîrstele înaintate adaugă un coeficient important de dereglare, putînd să meargă pînă la demență. În psihiatria clasică ele erau denumite *demență vesanică* sau *demențiere secundară*.

Atunci cînd studiem aceste fenomene diacrone ale bolii maniacale ne referim la constituția hipomaniacală, formulă supraenergetică, dinamică a vieții mintale și

motricității cu tendință ciclotimă, dar coerentă. Hipomanul este mobil și animator, remarcabil prin căldura sa afectivă, dar schimbător și influențabil, adică „un om ca și alții”, dar și un reprezentant în miniatură al maniacului împlinit.

Astăzi din toată această patologie maniacală nu mai lăsăm prin medicația aplicată să se dezvolte prea mult. Imediat ce psihismul se „încălzește” aplicăm o medicație neuroleptică cu rol de „surdină” ce modifică amploarea și structura fenomenelor maniacale, le „strică” modelele descrise în psihiatria clasică.

Etiologic, datorită nespecificității patologiei mintale ne așteptăm — și experiența clinică ne confirmă — să găsim o serie de forme *secundare* sau *simptomatice* de manie. Atunci când fenomenele maniacale ne apar organizate într-un context nedominat de „endogeneza” hipertimică și când modificările generale afective, psihomotorii, mintale în general se subordonează unui alt plan secundar, *exogen*, diagnosticul de manie trebuie fișat în rubricile respective. Lista lor este destul de lungă și va fi amintită succint.

Există varietăți maniacale *toxice* (postmedicamentoase sau după substanțe nocive). *Beția cu alcool* poate să „modeleze” complet starea maniacală. *Amfetaminele* și alte *psihostimulatoare* își pot deriva acțiunea centrală în sensul excitației maniacale, la fel ca și medicația cortizonică, ACTH, hidrazida, cicloserina, cocaina, hașișul, și alte stupefiante.

S-au observat accese de manie *posttraumatice*. După o perioadă liberă, confuzivă sau chiar comatoasă, apare în prim plan tabloul maniacal.

Endocrinologii s-au dedicat unei migăloase catalogări a cazurilor de manie secundară sau concomitentă *endocrinopatiilor*. Concluziile lor sînt însă nespecifice. Există determinări „maniforme” posibile în sindroamele hiperfoliculice, hiperluteinice, hipertiroidiene, în maldia Cushing și, în general, în multiple scheme de suferință diencefalo-hipofizară. Există, de asemenea, o incontestabilă corelație între psihologia hipertimică sau distimică pe de o parte și „crizele” biologice, diencefalo-hipofizare, pubertate sau din menopauză etc., pe de altă parte.

Tumorile vecine cu regiunea hipotalamică pot să răsunе într-un context sindromatic asupra reglărilor hormotimice și să mimeze mania. Poate că apropierea dintre *morie* (sindromul de excitație și eliberare fronto-talamodiencefalică cu o propensiune incoercibilă spre glume, calambururi, tachinare umoristică etc.) și *manie* este destul de formală. Există, în cazul *sindromului prefrontal* o lipsă de briliantă și de mobilitate, o nuanță de „stupiditate ieftină” care-l deosebește de tonicitatea „contagioasă” a maniacului.

Diagnosticul maniei poate fi discutat în paralel cu unele forme de patologie psihiatrică. Nici una nu poate să creeze însă, o optică înșelătoare din cauza pregnanței fenomenelor care constituie mania. *Confuzia mintală agitată* se poate asemăna cu o manie agitată. Dar confuzia — de cele mai multe ori — încetează, însă, în timp să aparțină cadrului maniacal. *Agitația epileptică* e impregnată de o bruschetă dură, iterativă, opacă și fără antecedente graditive. Iar *agitația catatonică* este hiperkinetică, elastică, stereotipă, alternînd cu negativism și izolată prin răceala autistă.

Bazele neurobiologice ale psihozelor sînt mai puțin cunoscute, ele fiind în general considerate ca endogenii. Totuși neurofiziologia contemporană a acumulat o masă de cunoștințe permițînd discuții nuanțate despre unele corelații patogenetice în suferința maniacală. Guiraud a subliniat rolul activant al hiperactivității hipotalamice în dinamica hipertimiei expansive sau euforice. Neurochirurgii au obținut de multă vreme declanșarea unui comportament „maniform” sau franc maniacal, în timpul operațiilor sau excitațiilor voluntar dirijate pe regiunea *ventricolului al III-lea* și în special pe *hipotalamus*. Olds și Col au arătat că există la șobolani (și alte specii animale) zone de la baza creierului a căror excitație declanșează emoții agreabile. Aceste informații neurofiziologice plasează într-o perspectivă concretă vechea discuție despre mecanismele afective. Dacă agreabilul poate fi expresia unei funcții elementare și bazale e ușor de înțeles de ce destructurarea instanțelor de control și a integrării supreme pot duce la o stare mai agreabilă decît realitatea.

Se poate pleca de la un criteriu asemănător în comentarea psihismului maniac. Toate sintezele de precizie și luciditate în câmpul conștiinței difuzează pe niște suprafețe oscilante și ne-determinate, stringența lui „acum” și „aici” se dizolvă într-un „spațiu-timp” lax și dezangajant, durata vieții interioare nu mai e o *dimensiune etică* (datorie, recunoștință, solidaritate etc.). **În schimb, întimplătorul devine substanța continuității conștiinței.** Jocul, ficțiunea se concentrează într-un focar pulsant de egoism imediat și hedonic. Existența se dilată într-un prezent egocentric din care maniacul nu se poate smulge oricât ar galopa.

MELANCOLIA

Dacă trecem pe versantul celălalt al bolii catalogată în psihiatrie sub denumirea de psihoză maniaco-depresivă vom găsi **melancolia**. Este o stare depresivă invadantă și generalizată, resimțită ca o durere morală repercutată intens asupra întregii activități psihice și psihomotorii a bolnavului, **încetinind-o și inhibând-o.**

Cuvîntul de melancolie este foarte vechi și noi știm că Hipocrate l-a întrebuințat cu certitudine. Poate că înaintea lui l-au folosit și alți gânditori, însă părintele medicinei l-a întrebuințat cu o altă funcție semantică în clasificarea umorală a patologiei. Melancolia însemna astfel *atra bila* (bila neagră) cu repercusiunile ei în ansamblul general al patologiei. Observăm că melancolia „hipocratică” nu reprezenta un concept de psihopatologie și nici un diagnostic de suferință psihică. Dar încă de la începuturile medicinei realitatea unității psihoorganice a determinat observatorii și „clinicienii” primitivi să remarce că există strînse corelații între umori și dispoziție, între starea mintală și aceea generală a organismului.

În timpul Renașterii, reluarea amplă a tuturor valorilor culturii, filosofiei și artei a determinat evident să se întîmple și în medicină o reînnoire. În această situație, vechiul concept de melancolie a avut o foarte largă și polivalentă circulație. Melancolia posedînd o mulțime de

sensuri este greu să ne dăm azi seama ce era etichetat cu acest cuvînt străvechi. Esquirol, de exemplu, a vorbit despre *monomanii* și ele coincideau grosso-modo cu psihoza. Printre monomanii exista o *monomanie tristă* (lipo-mania sau melancolia) și o monomanie expansivă care putea să fie mania propriu-zisă sau putea să fie o psihoză delirantă cronică.

Cuvîntul melancolie este uneori uitat, apoi reapare, reînvie cu un alt conținut, trăiește un alt ciclu conceptual, ca apoi iarăși să apună. Aceste metamorfozări semantice ale melancoliei în istoria medicinei ne îndeamnă să medităm asupra marilor greutăți pe care le-a întîmpinat psihiatria pentru a se constitui ca știință. Se demonstrează astfel dificultățile recoltării și întrunirii materialului, a faptelor clinice, a cunoașterii și elaborării legilor vieții psihice. Dealtfel, psihiatria în ansamblu întru-nește asemenea fenomene de *metamorfoză lexică* deoarece se înregistrează un progres lent în cunoașterea întîmă a funcțiilor psihice. Dacă ne plasăm în psihiatria de care nu ne desparte decît un secol întîlnim numele lui Kahlbaum — unul din fondatorii indirecti ai sintezei schizofreniei. Acesta relatează că există o stupoare catatonică numită melancolie. Iar marele neurolog Lassegue folosea eticheta de melancolie pentru delirul cronic.

În a doua jumătate a secolului trecut melancolia își încheie ciclul planetar și după ce s-a plimbat prin toate constelațiile și semnele zodiacului, ajunge să fie prinsă definitiv, să fie bătută în țintele de aur ale *sintezelor maniaco-depressive*. Astfel Baillarger a vorbit de *nebunia cu două fețe* („folie a double forme”) iar Fallret de *nebunia circulară*. Și la sfîrșit Kraepelin a hotărît ca această lungă și extrem de aventuroasă „carieră” de observație clinică a suferinței omenești să se numească sintetic *psihoza maniaco-depresivă*. De atunci toți psihiatrii au căzut de acord că nu mai este nevoie să o schimbăm. Este totuși interesant de remarcat că denumirea de *psihoză maniaco-depresivă* stabilizează conceptul de melancolie, deși nu-l întrebuințează pragmatic. Kraepelin n-a vorbit de psihoză maniaco-melancolică, ci a vorbit de o boală maniaco-depresivă și cu aceasta a „plantat” germenii unor viitoare discuții care se desfășoară și azi în a opta decadă a secolului al XX-lea.

În ce măsură noțiunea de depresie și de melancolie se suprapun, se echivalează sau nu? Noi credem că ele nu se echivalează, însă melancolia implică depresia. Depresia nu implică melancolia și nu o acoperă. Melancolia este o suferință mai complexă cuprinzând în sine suficiente elemente ca să ni se înfățișeze ca un proces, în timp ce depresia nu conține aceste elemente și poate fi întâlnită în unele suferințe ne-psihotice (în nevroze, psihopatii etc.).

Ceea ce reprezintă saltul calitativ în opera lui Kraepelin este faptul că psihoza maniaco-depresivă (și deci și melancolia) a devenit *modelul psihozelor endogene*. Prestigiul de a fi considerată modelul psihozelor endogene a rezultat — credem noi — din caracterul de *remisiune* pe care îl are atât mania cât și melancolia. O boală care nu se termină (schizofrenia) e mai puțin expresivă pentru caracterul de *endogenitate* decât psihoza maniaco-depresivă; aceasta din urmă începe endogen și se termină, se închide tot așa formînd un ciclu.

Alunecarea progresivă înspre melancolie se realizează mai puțin exploziv, mai lent, mai insidios decât în manie. Această lentoare a debutului se datorește și faptului că semnele prodromale și modificările preparatoare ale stării melancolice sînt mai ușor tolerate. Prin educație, prin disciplina noastră omenească sîntem mult mai antrenați să fim triști, fără să ne gîndim că în acest fel sîntem bolnavi. În plus nenumărate suferințe care apar ca minore, cum sînt — de pildă — insomnia sau tristețea cronică se întîlnesc frecvent fără să se convertească într-o stare melancolică. Din această cauză înregistrarea lor nu provoacă imediat suspectarea unei preparări de melancolie și ele trec astfel neobservate. Dar, uneori cînd întîlnim un bolnav melancolic considerarea retrospectivă a săptămînilor și lunilor care au precedat-o relevă un complex de fenomene care devin explicative. Atunci ne dăm seama că bolnavul suferind de insomnie rebelă, la care anturajul a remarcat o modificare de caracter spre polul tristeții, care a făcut o tentativă de suicid cu cîteva zile în urmă sau a ajuns într-o stare de inactivitate și de tristețe dureroasă era deja antrenat pe panta descendentă a destrucției melancolice.

Trecînd prin aceste etape preparatorii, melancolicul a ajuns în *perioada de stare*, întrunind în habitusul lui, în tonalitatea afectivă, elementele care definesc tabloul melancolic. Observăm că parametrii prin care psihismul realizează trecerea de la normal spre starea melancolică sînt dominați inițial de *tonalitatea depresivă*, ocupantă a unui loc de mijloc pe scara posibilă a timiei negative. Caracterul *endogen* determină ca de multe ori această stare să nu-și afle înafară nici o motivare suficientă și mecanismul endogen să fie singur invocat ca o explicație suficientă pentru respectiva transformare patologică a vieții mintale. Și totuși o mulțime de *factori predispozanți* sau statistic preponderenți ai crizei de melancolie sînt de notat. Se remarcă prezența mai mare la femei, frecvența crescînd odată cu vîrsta. *Constituția cicloidă* este înclinată mai frecvent pentru suferința melancolică. Pe acest fond al persoanei pot acționa o serie de factori circumstanțiali (șocurile și emoțiile intense, situațiile de conflict, decepțiile, crizele pasionale, stările de nereușită și de frustrare ș.a.m.d.) declanșatori ai crizei de melancolie.

În *semiologia melancoliei* faciesul reprezintă o mască a durerii morale. Trăsăturile orizontale sînt expresive pentru echilibru și calm. În legătură cu faciesul melancolic (*mască melancoliei*) există celebrele notații de riduri caracteristice (omega melancolic, plica lui Werasut etc.). E foarte greu să prindem într-o schemă fața omenească deținătoare a unei complexe game de expresivitate. Mască melancolică realizează un ansamblu ce nu poate fi confundat, deoarece această expresie a tristeții se însoțește de inerție, de un fel de concentrare centripetă, de condensare, de un fel de tensiune difuză în musculatura feței care întreține o nemișcare. Privirea este ațintită înspre pămînt sau în gol. Plînsul e frecvent. Bolnavul geme, se vaită, se lamentează, își frămîntă mîinile. Rezultă din acest ansamblu o inerție generală, un fel de *inhibiție în tensiune*. Alteori musculatura este complet relaxată, ca a unui învins, epuizat, care a pierdut o întrecere, a fost răpus în luptă, a abandonat un efort steril și se lasă în chip abulic pradă unei stări de stupoare, nemișcare, de inactivitate totală.

Această dramatică prezentare a melancolicului prezintă forma exterioară, dar inerția și torpoarea pantomimică se însoțește de *inerție psihică* (paralizie psihică au spus unii), de răceală interioară și îndepărtare afectivă de viață ca și cum puterea, bogăția, tensiunea de reflectare pe care o are realitatea s-a topit sau a dispărut. Conștiința scade, devine inertă, ca pînzele unei corăbii pe un ocean cînd nu mai suflă vîntul. Și paralel cu această îngustare a mișcării vii a psihismului limbajul devine din ce în ce mai sărac și ajunge pînă la urmă să fie înlocuit prin *mutism*. Tăcerea aceasta concentrat-dureroasă, nu exprimă decît un singur lucru: suferința morală, depresia profundă, sentimentele chinuitoare de descurajare și dezesperare. Uneori tăcerea e întreruptă de văicăreala melancolicului, de comentariile pesimiste și fără ieșire, de invocarea catastrofică a sfîrșitului ireparabil, de comentarea defavorabilă, autoacuzatoare a trecutului.

Depresia este în fond o rezultată, o denumire de ansamblu pentru sentimentele care se învîrtesc într-un cerc închis și rigid în cîmpul de conștiință al melancolicului. Remarcăm o plictiseală enormă, o detașare totală de toate lucrurile care altădată îl legau de viață, un dezgust, dispariția plăcerii pentru tot ceea ce poate să fie atractiv și să prezinte interes, în mod normal, o descurajare absolută. Se realizează acoperirea trecutului cu un val de regrete atît pentru toate relele care s-au întîmplat cît și pentru binele nerealizat încă. Înregistrăm o distorsiune completă a funcției de polarizare a duratei, a timpului trăit: *trecutul nu mai folosește decît ca un cîmp nesfîrșit de lamentare ce se amplifică prin această optică pesimistă. Iar viitorul se îngustează și nu mai conține în el decît intensă dorință a sfîrșitului*. Pentru melancolic trecutul nu mai ajunge pentru ca să-și desfășoare interpretarea lui delirant-depresivă, în vreme ce viitorul nu-i folosește la nimic, decît pentru a-și organiza cît mai rapid sfîrșitul. Acest fundal timic depresiv devine penibil prin componentele sale cenestezice proprioceptive, dar mai ales prin sentimentul de nenorocire, prin intensitatea de *catastrofă morală* pe care o trăiește melancolicul. Această mazăre morală rezultă dintr-un sentiment general ce se opune siguranței, de-

venind un fel de „nesiguranță organizată“, dublată de un sentiment de neputință pentru a întreprinde ceva menit să-l smulgă, să-l ridice deasupra nivelului de prăbușire în care trăiește prin evidenta sa neproductivitate.

Neproductivitatea este un fapt de constatare continuă și indubitabilă pentru bolnav. Dar această *anestezie afectivă* este falsă și nu se suprapune peste indiferența schizofrenului. Nu traduce vidarea tensiunii afective pînă la zero, ci incapacitatea de a dezvolta, de a trăi, de a se anima pentru alții. Din toată activitatea numai sectorul *egoist* se păstrează, generînd un fel de suferință în cerc vicios. Melancolicul nu mai este capabil să iubească, să simpatizeze și asistăm la secarea tuturor sentimentelor sale. Această situație îl doare și-l profilează ca un egoist monstruos, în măsura în care singurul lucru care-l atașează afectiv este propria lui suferință. De aici rezultă pesimismul, prăbușirea posibilului care se închide, se blochează și se transformă într-o dimensiune funerară.

Un alt circuit vicios afectiv și moral, derivînd din această transformare infernală a psihismului melancolic este *autoacuzarea*. „Cerneala neagră“ cu care psihismul melancolic acoperă toată realitatea, alimentează un sentiment de responsabilitate și duce logic la autoacuzare.

Interpretarea în spațiul îngust, sufocant și chinuitor al subiectivismului, al neputinței și anesteziei afective răsună într-un sentiment *hipocondriac*, într-un fel de autopuniție, de pedepsire prin interpretarea peiorativă care se răsfrînge asupra propriului său corp, asupra organelor sale. În textul melancolic nu apare atît de mult depresia lui morală, ci apar comentariile — să spunem — *hipocondriace*: e putred, e descompus, periculos pentru ceilalți, contagios, ros de un rău general, care-l degradează și organic paralel cu vasta decădere morală. Și aici se instalează din nou cercul infernal: pe de o parte dorința de a fi bolnav pentru ca să plătească, să fie pedepsit, să se autopedepsească, pe de altă parte teama de boala ce derivă din contrazicerea sentimentului elementar vital.

Considerînd aceste diverse registre și multiple rădăcini ale suferinței melancolice, dorința și urmărirea,

tenacitatea *sentimentului de moarte* ne apare ca o inevitabilă consecință. De la intensă și obsesivă urmărire a morții, semnificând potențialul de sinucigaș pe care melancolicul îl reprezintă în fiecare moment al bolii lui și pînă la executarea suicidului, distanța este mică. Așa se explică de ce în orice carte clasică de psihiatrie caracterul de *sinucigaș potențial*, pericolul de autoanihilare este mereu notat și subliniat, capătă importanță practică majoră pentru atitudinea de asistență și de tratament acordată de către psihiatru melancolicului.

Modalitățile de sinucidere pot varia de la rumegarea, reluarea pe plan vital a sfîrșitului, pînă la acte violente de cele mai diverse tipuri. Sinuciderea melancolică este atît de irezistibilă încît alegerea stilului și mijloacelor nu contează. Refuzul alimentar atît de des înțîlnit la melancolic e însoțit și pe plan instinctiv elementar de o scădere pînă la dispariție a necesității de alimentare reprezentînd o formă lentă de sinucidere. Alteori sinuciderea e violentă și bruscă, încît s-a putut vorbi despre raptusuri de sinucidere. Din inerția, apatia, torpoarea caracteristice pentru stuporul melancolic, bolnavul trece brusc, ca o declanșare automată la aplicarea planului de sinucidere, a străfulgerării care duce apoi la moarte. E foarte important pentru clinicieni să nu uite că acești mari „tragedieni” ai nenorocirii — așa cum maniacul e un mare „comediant” al fericirii — pot să-și disimuleze într-o aparentă liniște și în spatele unor concesii pe care ni le-au făcut, acordîndu-ne și un zîmbet discret, intenția lor. În realitate ei deapănă mai departe dorința de sinucidere și o realizează după ce i-am părăsit cu conștiința împăcată că am izbutit să-i antrenăm pentru sentimente mai bune și mai raționale.

Tot pe marginea episodului de sinucidere să reamintim vindecările sau remisiunile oscilante pe care le prezintă melancolia. Această boală eminamente ciclică și prin excelență remisivă, prezintă frecvent în faza de declin, de reîntoarcere spre normal, oscilații care pot să fie foarte rapide, de scurtă durată, ca niște microscăderi a căror intensitate poate însă să atingă nivelul pe care-l avea în perioada de stare. Trăsături ce nu conțin o gravitate în sine, dar care din punct de vedere prac-

tic ne obligă să le notăm, să le prevedem spre a reuși să le preîntîmpinăm.

Un melancolic care în ultimele 2—5 zile a înmă-nunchiat indiscutabil semne de ameliorare, poate în decurs de cîteva ore să facă un croșet de recădere, să-și regăsească toate armele grave dispoziției anterioare și să se sinucidă tocmai atunci cînd impresia noastră generală înregistrează o ameliorare. Spre deosebire de maniac, unde revenirea este mult mai directă și mai progresiv ascendentă, melancolicul poate să recadă datorită acestei particularități oscilante și să repună astfel în discuție tot ceea ce formează caracteristica bolii.

După ce am enunțat acest portret evolutiv al accesului de melancolie, să vorbim despre *examenul somatic*. Se admite, în general, că asocierea, corelarea psihosomatică, cerebro-viscerală e mai amplă în melancolie decît în clinica maniei. Lista tulburărilor începe cu *tulburări digestive*: anorexie, greață, constipație rebelă, stare saburală a tubului digestiv care se poate constata după aspectul limbii. Aceste modificări sînt expresia asocierii creierului vegetativ, al diencefalului la suferința generală a psihismului implicată de melancolie. Uneori stările de constipație pot fi întrerupte de debacluri diareice care actualizează tulburările hepatobiliare, de asemenea prezente în melancolie. Am putea să amintim cu un caracter anecdotic că primul lucru care s-a cunoscut despre melancolie încă înainte să se fi bănuie că melancolia este o boală psihică erau aceste tulburări hepatobiliare, de unde a rezultat denumirea melancoliei (bilă neagră). Și aparatul *cardio-vascular* exprimă tulburări de puls (puls rar, bradicardie, modificări ale undei dicrote), scăderea tensiunii arteriale, uneori tahicardie în formele de melancolie anxioasă, agitată. Tulburări vegetative sînt înregistrate în sudație, secreția seboreică, tulburări profunde în aparatul de coordonare diencefalohipofizar, amenoree la femei, scăderea pînă la dispariția instinctului sexual la bărbați. În general se întîlnesc fenomene vagotonice, ele putînd fi însă întrerupte de stressuri adrenergice (descărcări simpaticotonice). Aceste modificări sînt atît de ample, de polimorfe și întotdeauna prezente încît se poate spune că tabloul clinic în starea

melancolică exprimă o co-suferință somatică. Dacă am extrage din contextul bolii melancolice „capitalul” de suferință psihică propriu-zisă și atunci ar rămâne un rest de boală suficient să constituie prin ea însăși un tablou clinic.

Examinările biologice deși au o importanță destul de mare, nu au izbutit să acumuleze — în chip calitativ — un material menit să fie o contribuție la etiopatogenia melancoliei. Volumul lucrărilor de investigație biologică și biochimică este masiv pentru psihiatria modernă care a pornit în chip deliberat și susținut pe acest drum, drum ce-i va permite într-o zi elucidarea originii și mecanismului intim al psihozei. Deocamdată însă acumularea cantitativă de material nu a dus la saltul calitativ și, cu toate că s-au scris cărți și acumulat mii de lucrări, știm foarte puțin de pe urma lor. Știm, de exemplu, că există o *colesterolemie crescută* în melancolie, *creatinina sangvină scade*, că există o tendință spre *alcaloză*. Analizele electroforetice au demonstrat că raportul albumină-globulină se inversează. Eliminarea hormonilor suprarenali de tipul 17 ceto-steroizi prezintă oscilații mult mai mari decât la normali. În formele cronice (mai bine spus în formele ce au tendința la cronicizare) se înregistrează o *scădere a 17 ceto-steroizilor* și acest semn devine astfel infaust, nefavorabil pentru evoluție. Nimic, sau aproape nimic specific, în tot acest material. Un clinician care ar primi buletine de analize făcute pentru un melancolic nu ar putea să deducă sau măcar să bănuiască dacă e vorba de un melancolic sau de un sindrom de spoliere a resurselor de energie, de un sindrom de uzură, de patologie de involuție etc. Putem astfel să tragem niște concluzii foarte generale care se plasează încă la distanță apreciabilă de cunoașterea etiopatogenetică.

Considerațiile de psihopatologie sînt prezente de-a lungul întregului capitol dedicat melancoliei. Totuși, pentru o mai bună comprehensiune a *persoanei melancolice* și a limitelor care o separă de restul patologiei psihotice dorim să facem unele precizări. Spre deosebire de felul de a vorbi și a gândi al psihiatriei clasice atunci cînd punem în discuție problema dezorganizării patologice facem în chip susținut eforturi pentru a prinde

o *totalitate dinamică* și de a nu izola părțile sale componente. Dar mai ales încercăm să identificăm *modelul dezorganizat* al psihismului bolnav, să-l plasăm în raporturile lui continue și active cu realitatea. Numai astfel putem să înțelegem transformarea patologică a ființei melancolice ce trăiește un fel de dezesperare morală pe care o constată și o exprimă mereu, devenind un „propagandist” al durerii fără sfîrșit. Aceasta reprezintă un fel de renunțare la existență, care dacă nu este urmată de sinucidere, se manifestă ca un fel de repetiție generală în vederea morții. Rezultatul acestei optici depresive constituie o alternare a trăirii timpului și a structurii responsabilității, o întoarcere pe dos a istoriei individuale.

Melancolicul este un fel de *antiistoric*, el merge spre trecut și întoarce spatele viitorului căruia nu-i vede și nu-i poate descifra fețele. Raportul cu trecutul este de hiperatașare, însoțit de regrete, remușcări, autoacuzări și depreciere. El este intensificat numai ca să poată fi folosit ca un motiv de suferință. În schimb viitorul este minimalizat și constituie un spațiu de proiecție pentru anxietate, neliniște, dorința intensă de moarte. Această *anti-existență melancolică* se retractează din viitor și se întinde în trecut, realizînd o schemă inversă față de existența normală, caracterizată prin desprinderea de trecut și extindere în viitor. El renunță astfel la marea funcție de echilibrare pentru sufletul omenesc reprezentată de speranță.

Toate acestea devin posibile pentru că instanțele superioare ale gândirii nu mai funcționează adecvat și *concluziile apar la un nivel foarte simplu, dominate afectiv, catatimic*. Conștiința lui este sărăcită, semănînd cu o scenă de teatru unde se joacă o tragedie și din care se scot mereu decorurile. Rămîn doar niște pînze cenușii sau întunecoase, constituind fundalul pe care se debitează lamentațiile, lipsa de sens a vieții și dorința de moarte.

Dezorganizarea istorismului persoanei melancolice se asociază cu *destructurarea etică*. Fiindcă un om care face încontinuu eforturi de a se detașa de viață, devvalorizînd pe semenii ca prezențe în lume și în ultimă in-

stanță pe sine însuși, nu poate avea o participare generoasă.

În psihopatologia melancoliei dacă încercăm să ne lansăm de pe platforma vastă a suferinței depresive, nu găsim cărările ce urcă și cataractele ce o separă de melancolie. Drumul deschis de Kraepelin prin sinteza maniaco-depresivă i-a permis să sistematizeze psihopatologia psihozelor endogene în două mari categorii: *psihoze afective* (psihoza maniaco-depresivă) și *psihoze inafective* (schizofrenia). Dar, melancolia ridică unele semne de întrebare și paranteze misterioase pe care nu le putem închide, deoarece nu avem ce material de cunoaștere să punem în ele. Sintem deci nevoiți să renunțăm la marea cheie a suferinței afective chiar dacă ea mai continuă să fie un fir conducător, o demarcație ce se vrea precisă în psihopatologia psihozelor.

Delay se lansează în psihiatrie exprimând în alți termeni cele afirmate de Kraepelin: patologia melancolică e o *hipertimie negativă*, la fel cum mania constituie o *hipertimie pozitivă*. Dar și această viziune ce pune pe prim plan o modificare cantitativă (hipertimia), nu ne mulțumește în înțelegerea de structurării melancolice. Nu negăm că este dificil să stabilim puntea dintre cetatea melancoliei și restul continentului de suferință psihică. Noi credem că un instrument util și eficient de „foraj” în profunzimile psihismului alienat este *delirul*. Astfel, ne aflăm în teritoriul melancoliei atunci când un bolnav hipertimic, deprimat, prezintă și o *modificare delirantă* a psihismului său.

Delirul melancolic este sistematizat, comprehensibil ca suită și poate fi descris cu cuvintele bolnavului, dar nu se plasează în realitate. Căutând în jurul bolnavului, în lumea posibilului, în materialul de comunicare nu vom găsi că el se înscrie în lumea noastră. Bolnavul ne imploră să-i admitem un sistem de modificare a lumii ce se realizează după o modalitate trăită, nu gândită și elaborată logic. Este un delir neagresiv, neparanoic și de neconfundat cu altele prin modul de adresare a melancolicului care ne cere legitimarea gândirii sale derealizate. Specificitatea delirului melancolic e dată de faptul că el nu „atacă” realitatea așa cum se întâmplă în celelalte delire (schizofren, paranoic, parafrenic) ci, dimen-

siunea delirantă este *interioară*, se desfășoară în intimitatea conștiinței alienate. Ca și cum melancolicul din dorința de a nu face rău celorlalți își clădește acest substitut de realitate, ca un microcosmos bine delimitat înăuntrul lumii sale, hipocondriac-cenestopate. Însă elaborarea delirantă se desfășoară înăuntrul persoanei cu niște caracteristici ce ne permite oricând să constatăm totuși că ea atacă tot sistemul experimental, coerent al realității la fel de mult și fără milă, cu efect derealizant ca și în celelalte delire.

O serie de psihiatri cred că psihoza afectivă se recunoaște prin faptul că se desfășoară fără halucinații. Dar, melancolicul *halucinează* în umilul său spațiu umflat ca un golem. Dacă am putea să-l privim din afară, am observa o lume halucinatorie imensă, dar interioară și de aceea nu-i putem omologa starea halucinatorie. Delirul melancolicului nu se leagă explicit de realitate, căreia îi acordă o intensă valabilitate și se prosternează în fața ei. Dar el e absurd, illogic, cu concluzii de enormitate („dați-i voie celui mai mizerabil, nenorocit om”, să vă anunțe „că organismul meu e putred”, „nu mai funcționează” etc.). Nu e o formulă de grandoare și siguranță ca și delirul paranoic („părerile mele vor fi irezistibil de distrugătoare”) sau o manieră autist-disociativă definitorie delirului schizofren.

În fața celor două emisfere ale psihiatriei (*patologia disociativă* și cea *afectivă*) unde vom încadra melancolicul? Desigur, acolo unde seamănă mai mult și acesta este reprezentat de domeniul delirului. De aici pleacă toată noetica psihiatrică. Am observat că drumul spre melancolie trece săptămîni, sau luni chiar, peste imense stepe de tristețe. În acest sens melancolia e o formă de depresie în varianta cea mai amplă, bogată, în structura ei cea mai multidimensională, cu tensiunea epică cea mai mare. **Melancolicul este de esență epică, iar schizofrenul se poate încadra într-o abstracție lirică!**

După ce trece îndelung peste cîmpiile eposului de tristețe ce devine apoi depresie, melancolicul culminează aparent după modelul psihozei afective. După noi, melancolia nu se plasează atît de evident în situația extremă a suferinței afective ci la confluența, în domeniul de

întilnire, de interdependență între suferința afectivă (hipertimie negativă) și modificarea delirantă, cu amplitudine maximă pentru ambele ipostaze patologice. Adică se realizează forma de amplexare maximă, caracterul amfibi, de foc încrucișat când bolnavul arde la o mare tensiune, combustie interioară, iar convingerea lui delirantă trebuie să „adăpostească” ceea ce în normalitate e materialul de vis. Dar dacă obișnuit visăm la intensitatea realității, materialul din conștiința melancolicului e compact, condensat și odată asimilat se transformă într-o înspăimântătoare viziune a unei lumi ce nu poate fi proiectată pentru că nu are loc și nu poate fi „împrumutată” fiind o trăire integral endogenetică (ca visul). Aceasta nu se pretează limbajului și deci nu poate fi decât străbătută ca „experiență trăită”, asemănător cu audiarea unei muzici tragice.

Melancolicul expune un material trăit direct, dar înțeles în chip delirant prin incapacitatea sa de a rezona cu evidentul, ce este înlocuit cu un coeficient de absurd. El ajunge să se sinucidă nu fiindcă a încetat să creadă în vindecare, ci, constatînd că sănătatea lui este o formă de realitate. Avem realitatea la dispoziție fiindcă sîntem sănătoși, dar melancolicul ne anunță că nu poate trăi într-o asemenea situație evidentă și indiscutabilă pentru el.

Modificarea melancolică a realității echivalează ca act de inteligență cu debilitatea mintală. El demolează total judecățile de valoare, asumîndu-și negația scării de valori și instituind un fel de etică întoarsă pe dos. **Melancolicul devalorizează lumea și anunță acest lucru care-l face să fie un delirant așa de serios.** De la judecățile de valoare la cenestezie totul e cuprins în vârtejul delirant și contrabalansarea nu se poate realiza la nivel afectiv, fiindcă „tulburatul” mintal e mereu nespun de trist și disperat. Prudența în analiza fenomenologică ne demonstrează că dacă atacăm concentric această ciudată patologie și redeschidem „procesul” persoanei melancolice expediate fugăr de clasificările pragmatice, ni se relevă noi fațete ale acestei complicate și profunde de structurări mintale care constituie cea mai intensă suferință omenească.

Dacă vom trece în revistă *formele clinice* de melancolie, descoperim cu surprindere că întreaga listă nu face decît să rabateze teoria generală, sistematizarea nosografică. Dar să nu ne speriem și să nu ne deprimăm în fața acestei situații deoarece fenomenul e frecvent întilnit în medicină. Aceste produse abstractizate, idealizate ale nosografiei servesc ca sisteme de referință și nu ca modalități de recunoaștere prin identitate a multitudinii de fapte clinice. Ele funcționează ca un fel de *antisistematizare*, deși trebuie să recunoaștem deschis că fără ele nu ne-am putea sprijini și descurca în taxonomia psihiatrică. Încontinuu ar trebui să începem și pînă la urmă să punem nenumărate temelii de turn Babel. Preferăm în această situație să avem un turn complet, cu toate că nu e autentic, deoarece formele clinice se diferențiază prin evoluție și dozare atipică, prin combinare rezultînd stări mixte etc.

Guiraud, H. Ey și alții, descriu o *depresie melancolică simplă*. Interesant că aici se întilnește semntemul „melancolic” ca atribut al depresiei. Acest lucru e de reținut fiindcă tranșează o confuzie frecvent întilnită despre care am mai vorbit. În fond, melancolia implică o de structurare delirantă ce se „mulează” pe o hipertimie depresivă. Deci, așa cum am mai spus, nu putem concepe o melancolie fără depresie, dar există depresie fără melancolie. În depresia melancolică simplă se înregistrează și se combină, fenomene de inactivitate, de astenie, ineficiență psihică, impotență psihologică, tristețe intensă, dar fără a fi însoțite de o autocomentare deformată, delirantă. Psihiatrii din secolul trecut desemnau aceste forme ca *melancolie cu păstrarea conștiinței*. În fond, aceasta însemna rezistența structurii conștiinței la clacarea și fisurarea delirantă.

Melancolia stupuroasă poate fi schițată prin nemîșcarea și atitudinea înțepenită. Această variantă semiologică ridică problema diagnosticului diferențial cu celelalte tablouri stupuroase descrise în psihopatologie. Aici, finețea de observație joacă desigur un rol important, la fel ca anamneza și aprecierea mimicii. Dintre toți psihoticii care prezintă stupoare, melancolicul are o mimică de suferință și durere morală.

În opoziție cu forma stupuroasă, descoperim tabloul *melancoliei anxioase*, agitate, ce se cheltuiește în pantomimica expresivă a suferinței, disperării și fricii. Melancolicul anxios se vaită, se lamentează, imploră, auto-acuză, are nevoie de spectatori pentru ca să-și debiteze refluxul agitat al durerii sale morale, anxietății și incapacității de inhibiție, dominare și control. El nu poate sta locului atunci când este internat într-o secție de psihiatrie sau acasă, înainte ca să fie adus la spital. Realizează fugi dominate de trăirea anxioasă, care pot reprezenta uneori prologul sinuciderii.

În melancolie trăsătura delirantă, părăsirea contactului fecund și logic cu realitatea se realizează sub influența forțelor de apărare *catatimică*, ca un fel de încercare disperată de a motiva trăirea dureroasă, sentimentul de catastrofă, de inutilitate și rău universal pe care-l trăiește. Astfel încât delirul melancolic ne dezvăluie ciudatul caracter de a fi oarecum perfect consecvent cu experiența afectivă. Dacă tristețea, sentimentul de nonvaloare, culpabilitatea etc. sînt adevărate și bolnavul le trăiește ca o realitate obiectivă, atunci în ordine de consecință delirul lui este logic. Premisa afectivă e însă așa de intensă și imposibil de a i se sustrage încât melancolicul trage ulterior în planul gândirii, concluzii delirante din cauză că situația premergătoare este un Erlebniss anormal. De aici rezultă o mare încurcătură atunci când ne ocupăm de melancolia delirantă deoarece există *forme simptomatice*, caracterizate printr-o amplă simptomatologie tristică asociate cu alte moduri delirante decît cel melancolic. Ansamblul sindromului depresiv nu este — în acest caz — generator, nu furnizează conținutul, stilul sau structura delirului.

În clinică ne întîlnim și cu *forme de melancolie delirantă*, în care se poate urmări geneza pornită de la o stare depresivă generală, urmată de înșurubarea din ce în ce mai profundă în timia depresivă însoțită de o îngustare a conștiinței și o sărăcie progresivă a activității. Prin tendința de revenire circulară asupra unei tematici derivată din sentimentul de tristețe, se ajunge la o elaborare derealizată. Ideile caracteristice delirului melancolic sînt monotone, stereotipe, penibile,

sărace în sensul că nu se reînnoiesc. Melancolicul e asemănător cu o placă tragică care se repetă mereu. În general, conținutul delirului este mai mult trăit sau, în orice caz, întîi trăit și apoi delirat. Deci, melancolia delirantă ni se dezvăluie ca fiind mai puțin elaborată mintal decît delirul psihozelor schizofrene sau cronice și plasează individul în chip pasiv, fiindcă el face mereu un inventar a ceea ce s-a întîmplat sau răsfrînt în psihismul și în viața lui. Prin acest sentiment negativ general, melancolicul înregistrează numai înfrîngerii.

Pe de altă parte, această necesitate surdă de supralicitare, tendința de a arunca asupra lumii imaginea suferinței și de a descoperi în univers ceva care să sugereze intensă sa durere, îl determină să delireze, să extindă și să amplifice situația lui melancolică. Înstrăinatul trist nu se poate sprijini pe nimic din lumea înconjurătoare, fiindcă totul se contaminează de suferința sa ireparabilă și inutilă, de lipsa de sens a existenței sale. Nimic nu-i bine, nimeni nu mai poate să-l atragă, să-i încălzească viața sufletească, să-l anime, intereseze sau bucure.

Tematica delirului „veritabil” melancolic, pentru că am amintit posibilitatea existenței unor false delire sau delire „surogate”, cuprinde subiecte pe care psihiatria clasică le-a codificat: culpabilitatea, frustarea, pierderea (delir de pierdere, de depedare în sens material, sau afectiv) etc. Dar există și o *tematică hipocondriacă*, de deteriorare, transformare în rău sau negare organică. De la negarea oricărui sens al existenței lumii pînă la negarea funcțiilor organice, totul devine posibil. Remarcăm sentimentul penibil care-l posedă pe melancolic de a nu putea să ajungă măcar la o exprimare a propriului rău, a durerii lui nesfîrșite. Șansa să scape de durere și de dezagreabil este exclusă, fiindcă aceasta ar însemna optimism și nimic nu-i mai străin melancolicului decît o licărire de speranță. Așa că îl surprindem angajat în acest joc de căutare a unei culmi expresive. Dinamica psihică este canalizată — drept consecință — în căutarea expresiei suficiente, cuprinzătoare, favorizînd ca tematica delirantă să fie dominată de enormitate.

Și în legătură cu aceste considerații să ne aducem aminte de un sindrom, de o față a melancoliei, care la

începutul secolului reprezenta unul dintre importanțele diagnostice folosite. În fond, *sindromul Cotard* a fost descris și individualizat prin gruparea a trei caracteristici: *delirul de negație*, *de imortalitate* și *de enormitate*. Delirul de negație se plasează în perfectă concordanță cu Weltanschauung-ul melancolic. Delirul de imortalitate constituie una dintre „tehnicele” de supralicitare despre care am vorbit pentru ca îndureratul să-și poată asigura o infinitate a suferinței. Imortalitatea nu este grandioasă, ci de tip infernal (dantesc), pentru ca bolnavul să poată sta infinit în smoală, să fie ars, torturat cu fierul roșu sau să i se rupă ficatul cu cleștele etc. Delirul de enormitate privește visceralitatea suferindului: „Organele mele sînt putrede, uscate, infectate. Plămînul meu acoperă un continent, e un putregai ce acoperă un continent. Iar urina pe care am adunat-o într-o vezică mare cît șapte orașe se va revărsa și va rezulta o inundație universală”. Melancolicul crede și spune aceste lucruri, enormitatea constituind un fel de context, de suită patologică.

Ceea ce ni se sugerează prin titlul de forme *monosimptomatice* poate ar fi mai bine să le numim oligosimptomatice, fără însă să reușim a le eticheta ca atenuate, fiindcă ele pot să fie de o profunzime și desfășurare prolifică. Există sinucideri fără istorie, fără antecedente patologice, indivizi care și-au „zburat” creierii la o oră după ce avuseseră întrevederi cu familia și nimeni nu putea să bănuie că se prepară ceva, dar care nu erau schizofreni, fiindcă numai ei pot să realizeze uneori sinuciderile acestea inexplicabile. Or, sîntem siliți să credem cu fermitate că mecanismul psihotic poate uneori să realizeze o concentrare, să se intensifice într-un spațiu minimal și să realizeze o bulversare generală, echivalentă cu un proces melancolic, dezvoltat însă cu viteza obișnuită a clinicii maniacale. Alte forme sînt însoțite doar de insomnie. Pentru acestea posedăm un interesant mijloc de a face un diagnostic terapeutic: insomniile vindecate prin electroșoc, sînt dacă nu niște melancolii oligosimptomatice, atunci aceeași tulburare într-o varietate mai redusă sau restrînsă.

După ce am încercat să stabilim o listă a varietăților de melancolie, să considerăm *formele evolutive*, cazurile cînd ansamblul fenomenelor melancolice se organizează într-o perspectivă semnificativă în timp. Se înțelege de la sine că și într-o secțiune transversală, pe care o realizăm în imediata realitate a unui melancolic, există implicată *considerarea longitudinală*. Un diagnostic schematic după coordonatele prezentului acceptă și completarea lui longitudinală. Atunci cînd vorbim de forme evolutive, subliniem aceasta și facem o subgrupă în clasificarea generală, din cauză că pentru unele varietăți clinice trăsăturile definitorii nu se pot fixa decît după ce am totalizat datele observației în timp.

Se poate distinge astfel melancolia cronică care ignoră caracteristica de evoluție *ciclică* întrebuintată în definiție, subliniind înrudirea dintre psihoza depresivă și hipertimia maniacală. Există forme de melancolie unde acest metronom endogen se dereglează în sensul unei nereîntoarceri la normal, la perioada intermediară, la remitență. Melancolia se fixează astfel într-o tonalitate timică oscilantă care nu mai devine tangentă la starea de dispoziție normală. Se poate întîmpla în aceste forme de melancolie cronică ceea ce înregistrăm de multe ori în clinica „bolilor învechite” și anume că nu se mai revine niciodată la normal. Procesul acesta de îmbătrînire, nu a bolnavului ci a bolii, semnifică un fel de atenuare în tensiunea delirant-anxioasă, și de tocire a depresiei. Se poate întîmpla ca aceste forme cronice să se acompanieze și de o degradare psihică generală. Melancolicul coboară încet-încet treptele ce duc spre o denivelare, o deteriorare psihică globală, o demențiere. Această ultimă noțiune care a funcționat în secolul trecut ca „demență vesanică” n-o mai întrebuintăm astăzi, fiindcă ne place să admitem că-i putem feri pe bolnavi de la o degradare așa de masivă.

Mai puțin schematic, dar mai interesante ca problemă de nosologie, sînt *delirele melancolice cronice*; acestea se pot extinde pe toată existența bolnavului. Ele au debutat printr-o stare melancolică și au continuat ca formule delirante cronice, cu toate că fenomenele hipertimice se atenuază sau se retrag.

O altă formă de cronicizare a atitudinii delirant-melancolice conține *elemente hipocondriace* „jucate” și foarte intens dramatizate. Nenorocitul care se cronicizează, se transformă într-un Ieremia veșnic, care se vaită fără încetare și caută mereu cele mai expresive forme de exprimare a suferinței. Potențialul acesta teatral se manifestă și în varianta negativă ca și în aceea folosită de maniac cu predilecție. În acest sens, am mai vorbit despre delirul de negație și am încercat să facem o schiță de patologie a tendinței de enormizare — am putea spune — pe care depresivul o dezvoltă ca o ciudată formă de dezorganizare a gândirii cu hipertrofia unei imagini catastrofice, a unei situații de rău, nenorocire, de sfârșit al lumii.

Trebuie să spunem, de asemenea, câteva cuvinte despre *melancoliile simptomatice* care ne atrag atenția asupra mecanismului foarte complex al etiopatogeniei psihozelor afective. Pentru ca o melancolie să fie simptomatică, realizând în toată complexitatea tabloul clinic caracteristic, trebuie ca condițiile de declanșare să fie *exogene*. Ca atare, melancolia simptomatică secundară însoțește o serie de alte boli.

Există o melancolie potențial înscrisă în anticamera schizofreniei. De la manie sau neurastenii până la melancolie totul poate să fie o formă de schizofrenie incipientă. Remarcăm aici deosebirea între tristețea rece a schizofrenului cuplată cu indiferență, ambivalență, bizarerii, instituind acel mister distins care se adaugă personalității schizofrenului și care nu face parte din tabloul melancoliei.

Există o *melancolie de involuție* care din punct de vedere al istoriei bolnavului se caracterizează prin lipsa antecedentelor melancolice. Atunci când un individ a avut câteva pusee melancolice și mai face unul la vârsta senescentei, nu vom vorbi de melancolie presenilă, ci de un melancolic care se degradează și își combină declinul general cu ciclul lui psihotic. Dar atunci când melancolia apare fără aceste antecedente, fără un trecut depresiv psihotic, vorbim de o melancolie de involuție propriu-zisă (forma hipocondriacă, cenestopată etc.), de o formă impură, din punct de vedere clinic, cu un prognostic

mult mai serios decât al unei psihoze afective ce s-a supus legii de oscilație ciclică.

Există o melancolie simptomatică pentru *afecțiunile cerebrale* iar alta pentru *modificările metabolice*. Există melancolie în unele începuturi de *meningo-encefalită specifică*. *Traumatismele craniene* ne oferă — ca și în patologia maniaco-depresivă — posibilitatea combinării în ansamblul fenomenelor posttraumatice a unor manifestări de tip melancolic.

Endocrinopatologia (endocrinopsihiatria, cum ar spune Bleuler) conține și ea câteva scheme de probabilitate, conform cărora o tulburare discrinică ne apare într-un raport de cauzalitate cu tabloul melancolic. Care sînt și cît sînt de strînse aceste cupluri, corelații, e greu de spus. Dacă citim cartea lui Bleuler vedem că un material foarte extins care s-a adunat, nu a izbutit să fie mai mult decât o sugestie asupra acestor mecanisme și nu a izbutit să devină expresiv și univoc. Tulburarea „A” determină sindromul psihiatric „B”. Acest lucru este probabil doar o schemă mentală ce nu corespunde cu realitatea. Din patologia endocriniană, hipofuncția testiculară poate să fie o cauză de melancolie, dar dacă analizăm structural aceste cazuri, descoperim că această dereglare este indirect cauza melancoliei, în măsura în care ea simbolizează o involuție, un minus hedonic și diminuează prestigiul subiectiv al persoanei. În această măsură putem să spunem că este o legătură între hipofuncția testiculară și melancolie, dar este o patologie mult mai mult decât o schemă cauzală între modificările endocrine și melancolie. Apoi în cadrul acestei discuții ne reamintim că funcțiile sexuale scad și se retractează până la dispariție în melancolie. Un tratament antidepresiv care nu se adresează sexualității permite totuși o restaurare a funcțiilor sale. Este important să ținem minte și să ne fixăm acest lucru că nu există nici o schemă elucidată, cu toate că meritul clinicienilor care s-au ocupat de aceste probleme complicate este foarte mare. Nu putem să construim pe suportul endocrinologic o patologie psihiatrică unitară și explicativă.

Există reacții melancolice posibile, uneori în cadrul a numeroase *afecțiuni generale* (neoplazii, icter, ciroză,

boli sangvine, boli spoliatoare, carențiale, de hipersolicitare energetică ș.a.m.d.).

Putem spune despre melancolie că cel puțin unul din aspectele ei, acela al depresiei, este prezentă cu o cotă parte într-un spectru foarte larg de suferință mentală, mai ales în *patologia reactivă*, dar tot atât de mult și în domeniul nevrozei.

În ceea ce privește diagnosticul diferențial, melancolia seamănă cu alte stări catatonice și cu stupoarea confuzivă. Dar, în stupoarea catatonică lipsește suferința, expresia ei. Catatonicul nu suferă nici măcar cît un înclaustrat, cu toate că e „înărcuit” de sindromul lui akinetic și inactiv. El nu are expresia de suferință, nu se vaită și apoi este stereotip, manierist, negativist, nu este anxios și nu e trist. Nu conține în ansamblul stărilor lui marca suferinței morale, a depresiei profunde.

În sindromul de stupor confuziv efortul pe care-l face bolnavul de a înțelege și a se insera în comunicare cu cei din jur, dificultățile de a se orienta ne demonstrează că sîntem în fața unei destructurări de conștiință mult mai pronunțată decît în melancolie. Și mai ales nu putem să găsim în starea confuzivă un conținut psihic capabil să se orienteze într-o desfășurare expresivă. Confuzul este pierdut într-un nor de ceață, unde nu poate să găsească nici o ieșire.

Dacă facem un inventar al **posibilităților noastre terapeutice***, capitolul privind *tratamentul maniei și melancoliei* este dintre cele mai luminoase deoarece reunește mari posibilități de succes terapeutic. Geneza multifactorială a suferinței maniaco-depresive trebuie luată în considerare pentru o clasificare diagnostică și stabilirea unui plan terapeutic general care să vizeze toți factorii somato-psiho-sociali.

În asistarea melancoliei, tratamentul somatic ocupă primul plan, el fiind secondat cu succes de măsuri psiho și socioterapeutice. Tratamentul prin electroșoc rămîne încă valabil, cel puțin pentru bolnavii ce s-au dovedit rezistenți la încercările de terapie medicamentoasă (antidepresive, neuroleptice etc.). Unii cercetători germani afirmă că se înregistrează eșecuri ce variază între 15—

* A se vedea și subcapitolul privitor la „Tratamentul schizofreniei”.

—30% din cazurile tratate medicamentos. Și atunci se indică tratament electro-convulsivant. Chiar dacă mai sînt psihiatri care cred că se poate renunța la electroșoc, astăzi discuțiile în această problemă privesc — mai ales — durata tratamentului medicamentos premergător aplicării electroșocului.

Istoria electroșocului rămîne misterioasă, dar se leagă definitiv de numele italianului Cerletti (1939), care a enunțat o teorie așa de academică și frumoasă, încît nu se poate deduce de unde a pornit primul movens. Poate a fost o intuiție genială, dar ulterior au apărut o serie de asociații și interpretări din trecut. De pildă, s-a observat că emoțiile vehemente vindecașeră unele melancolii. Apoi, răsfoindu-se literatura s-a găsit un alt fapt, foarte interesant, datînd din evul mediu: unii sinucigași cărora li se tăiasse funia la timp, înainte de oprirea cardiacă se vindeau de melancolie. Adică melancolia se vindecă prin șocul asfixiei cerebrale! Schemele acestea simpliste existau, dar a trebuit să treacă atîta timp pînă să fie transformate într-o aplicație terapeutică.

Astăzi, după 15 ani de experiență clinică în tratamentul medicamentos al depresiilor, constatăm că de la descoperirea și aplicarea electroșocului și pînă la neuroleptice n-a mai apărut nici o inovație care să egaleze importanța *imipraminei* (Tofranil, Antideprin etc.). Descoperită de Khun, imipramina rămîne un prototip al substanțelor antidepresive cu formulă triciclică. Deși numărul antidepresivelor triciclice a crescut și spectrul lor de acțiune s-a lărgit, „nici un tip nou de medicamente, de alt principiu decît imipramina, n-a fost încă descoperit” (H. Hippus — München).

Medicația antidepresivă modernă readuce în discuție specificitatea tratamentului aplicat în psihiatrie. Și trebuie să recunoaștem din nou insuficiența cunoștințelor noastre privind modalitățile de alterare biochimică a substratului nervos angajat în funcția afectivă.

Kielholz enunță o clasificare a diverselor *antidepresive triciclice* din care decurg indicații de terapie nuanțată și eficiență:

● un grup intermediar de tip *imipramină* în care predomină proprietățile antidepresive.

● un grup ce desfășoară o acțiune *tranchilizantă* pronunțată (de pildă amitriptilina), la care putem adăuga neurolepticele (levomepromazină, tioridazină).

● un grup de produși cu acțiune *psihanaleptică* accentuată de tipul despiraminei, care se aseamănă prin acțiunea sa cu inhibitorii monoamino-oxidazei.

Dezavantajul acestor antidepresive constă în acțiunea lor mai puțin rapidă ceea ce comportă un risc la bolnavii melancolici cu idei de suicid. Dar, mai ales remarcăm absența frecventă a proprietăților anxiolitice sau alte ori a raportului invers proporțional între efectul anxiolitic și cel antidepresiv (ex: Tacitine). Din această cauză, frecvent se administrează asociații terapeutice între antidepresive și tranchilizante sau neuroleptice.

În anul 1956 s-au descoperit *inhibitorii monoamino-oxidazei* (I. M. A. O.) cu efecte antidepresive certe, dar și cu o toxicitate care determină să fie folosiți cu rezerve. Peste un an s-a introdus în tratamentul psihozelor afective *sărurile de litiu*, despre care există astăzi o unanimitate de păreri că permit o profilaxie a recidivelor maniacale sau melancolice, ceea ce constituie un progres evident. Se întrezărește astfel, în domeniul psihozelor afective, posibilitatea aplicării unui tratament profilactic, ceea ce nu se poate afirma încă despre patologia schizofrenică.

În domeniul extins al depresiilor, cooperarea între cercetarea fundamentală biochimică și cea terapeutică ne oferă rezultate mai puțin contradictorii decât în schizofrenie și aceasta constituie un motiv de optimism privind viitorul tratamentului antidepresiv. Cu toate îndoilele autorizate (A. Copper, F. Fryhan ș.a.m.d.) care exprimă pesimismul în legătură cu rezultatele în timp al antidepresivelor și în ciuda faptului că în unele țări (S.U.A., de exemplu) aplicarea electroșocului înregistrează o creștere considerabilă în ultimii ani, credem că spre deosebire de tratamentul anti-schizofren, psihozele afective pot fi mai bine asistate și se poate asigura chiar și o modestă profilaxie a lor. Minusurile tratamentului somatic pot fi completate prin aplicarea metodelor psiho și socioterapice.

Întrebarea ce se pune în practică deseori: melancolicul poate fi tratat acasă sau trebuie internat? Depinde de intensitatea fenomenelor depresive. Dar *e preferabil să tratăm în spital toate formele de depresie*, deoarece conștiința noastră de psihiatri moderni ne permite să realizăm mai mult decât prescripția terapeutică, să organizăm mediul, grupul social în care prindem melancolicul. Această încadrare într-o familie organizată psihoterapeutic este un avantaj pe care acasă nu-l putem asigura bolnavului. În plus, fiecare melancolic ameliorat în urma tratamentului aplicat are orgoliul vindecării, devine un propagandist al însănătoșirii, intervine psihoterapeutic asupra altor bolnavi, îi asigură că medicația este eficientă, îi stimulează să aibă curaj și să urmeze indicațiile date de psihiatru. Aspectele psihoterapiei de grup și discuția dintre bolnavi care poate fi dirijată în bine, e un câștig considerabil pentru suferinzi tristi dintr-un spital de psihiatrie.

În cadrul acesta atât de bogat și omenesc al întâlnirii dintre melancolie și psihiatru, sigur că există și un loc important pentru *intervenția psihoterapeutică*, dar trebuie să știm când și cum să o aplicăm. *Psihoterapia devine extrem de importantă în perioada când bolnavul iese din depresie și tatonează poarta de reîntoarcere în lume*. Atunci psihoterapia constructivă paralel cu somnul care trebuie folosit în toată amploarea lui, constituie cele două coloane ale „arcului de triumf” terapeutic.

Să ne întrebăm: cum evoluează în secolul XX melancolia? Nu putem spune că are o dinamică spontană, din cauză că nu e lăsată să evolueze așa, ca o expresie directă a succeselor terapeutice. Dacă melancolia ar evolua spontan, atunci ea ar reprezenta pentru psihiatru un teren de speculații, iar din punct de vedere practic o problemă de izolare fizică și de ocrotire pînă la vindecare. Dar odată cu descoperirea și aplicarea electroșocului înregistrăm vindecări în chip spectacular. De pe o zi pe alta, tragedia, catastrofa melancolicului se topea și un om nou apărea la lumină, comentîndu-și propria lui stare melancolică cu mirare și stupefacție. Acest succes terapeutic reprezintă unul din momentele înstelate, strălucite ale psihiatriei. Poate că și descoperirea

imipraminei a reprezentat un succes analog, însă mai puțin spectaculos din cauza absenței efectului fulgător al vindecării. Trăim astăzi sentimentul că o foarte a tăiat panglica și s-a deschis accesul la drumul „asfaltat” al psihismului ce tinde spre normal prin electroșoc și antidepresive.

Tratamentul modern al maniei a fost deschis de terapia electroconvulsivantă (ETS). A fost completat în plus, și în mai bine, de *medicația psihotropă*, de clorpromazină și de celelalte derivate fenotiazinice. A atins nivelul cel mai eficient prin introducerea *derivelor halogenate*: Haloperidol, Triperidol, care au modificat tabloul și periodicitatea suferinței maniacale.

Maniacul care era altădată port-drapelul ospiciului, se transformă azi într-un bolnav liniștit, ascultător și adeseori apatic. Mai recent se folosesc în tratament cu bune rezultate *sărurile de litiu* (Escalit) în doze mari, acestea oprind formele de manie cu tendință de cronicizare. *Tulburările maniacale se datoresc cel mai probabil unei dereglări a „ceasului interior”, a ritmurilor biologice care realizează ca fiecare din noi să stăm pe un program de timie normală (eutimie).* Sărurile de litiu se pare că intervin la acest nivel interferind cu ciclurile biologice și corectând funcțiunea „ceasului interior”.

Maniacul nu poate păstra din psihismul său un câmp suficient de conștiință pentru a-și surprinde sterilitatea sa zgomotoasă. Noi, în schimb, care ne plasăm în afara lui, putem surprinde toată sterilitatea și tristețea tragediei maniacale. Numai că, dacă nevroticul (de exemplu) pretinde prezența psihiatrului terapeut pentru ameliorarea sa, maniacul are adeseori, nevoie mai ales la începutul tratamentului, doar de o cură cu Haloperidol.

Psihoza maniaco-depresivă ocupă un loc aparte în teritoriul vast al psihiatriei. Fiind o suferință eminamente psihiatrică, credem că nu există în viitor, odată cu dezvoltarea vertiginoasă a medicinei, pericolul ca specialitatea noastră să fie deposedată de asistarea acestui continent de suferință omenească. În plus, avem impresia că suferința maniaco-depresivă, deși este o *psihoză endogenă*, constituie unul dintre cele mai serioase capitole de etiopatogenie cunoscute în psihiatrie. Prin aceasta se deschide un câmp important de cercetări clinice și terapeutice, precum și de considerații psihopatologice.

În fond, ce știm despre psihoza maniaco-depresivă, care sînt caracterile pe care le invocăm pentru diagnosticul și asistarea ei? Mania și melancolia sînt — după H. Ey — structuri simetrice ale unei tulburări situate la acest nivel și reprezintă „contrasensuri” ale temporalității etice, a timpului trăit ce nu se mai poate constitui în prezent. Iar „dacă această structură este parcă «prinsă» în trecut, sau dacă ea se «precipită» parcă mult spre viitor, prezentul imposibil cedează locul consumului și bolii”.

Știm, apoi că debutul bolii se situează în majoritatea cazurilor înainte de 40 de ani, că femeile sînt mai numeroase în grupa de suferință maniaco-depresivă. Înregistrăm o corelație pozitivă între constituția picnică, brevilină, sintonică și patologia maniaco-depresivă.

Schema de distribuție temporală a acceselor maniaco-depresive este extraordinar de variată și sigur că nu există doi indivizi a căror diagramă patologică să se suprapună pe durata unei vieți. Cunoaștem *forme de accese izolate*, toate fiind de același tip (maniacale sau melancolice) cu un mic preambul de semn contrar. Individul face în decursul vieții mai multe accese de manie, la distanțe care se scurtează cu timpul, dar debutînd cu o perioadă de tristețe. Sau invers debutează cu o perioadă scurtă de excitație maniacală și apoi se instalează un acces melancolic.

Există *forme remitente*, oscilante ca un „șarpe”, fără ca niciodată bolnavul să revină la normal, la fel cum se descriu forme intermitente unde accesul se consumă, trecînd printr-un maximum cu reîntoarcere la nivelul inițial.

În *formele circulare* propriu-zise „șarpele” reprezentînd desfășurarea maniaco-depresivă nu se întrerupe niciodată. Atunci cînd trecerea de la manie la melancolie nu se face brusc, ci oarecum disociat, se realizează așa-numitele *stări mixte*.

Dacă luăm în considerare schemele psihiatriei clasice ne dăm seama că ele nu sînt decît niște *forme abstracte*. Formele reale ce apar în foile de observație clinică ne demonstrează tot felul de variante posibile: spații libere dintre cicluri, oscilații mai multe de o parte a cîmpului afectiv, sau combinații de manie și melanco-

lie, pentru ca la un moment dat bolnavul să se prăbușească într-o formă oscilantă și definitivă ș.a.m.d.

Să nu uităm niciodată că trebuie să apreciem o multitudine de factori, un complex causal așa de complicat încât modelele obținute nu sînt suficient de încăpătoare ca să-i prindem pe toți bolnavii și atunci forțăm, decupăm realitatea concluzionînd asupra schemei generale a maniaco-depresivului. Dar evoluția nu este o schemă, ea înseamnă întotdeauna altceva. Și credem că documentul cel mai frapant și edificator îl sugerează deosebirea de evoluție a maniaco-depresivului.

Psihoza maniaco-depresivă poate apărea la gemeni homozigoți, care, deși sînt ființe biologice identice, nu fac aceleași pusee, nu le fac deodată, nu le fac la fel. La unul, de pildă, predomină melancolia, iar la celălalt pe prim plan se situează mania. Unul face la un moment dat o transformare cronică (melancolie cronică sau manie cronică), în vreme ce celălalt continuă o patologie accesuală. Acestea sînt dovezi că, în afară de predispoziția oscilantă, *cicloidă*, intervin încă mulți factori intercurenți care se împletesc și pe care nu-i putem doza cantitativ.

În afară de această modalitate patologică caracterizată de o ciclitate alternantă, de distribuție fazică, există *stările mixte* care pot avea, în afară de conținutul lor maniacal sau depresiv și unul amestecat (depresii agitate, depresii euforice, euforie inertă, manie neproductivă etc.). Acest conținut poate avea modulații de distribuție în timp, deci o stare mixtă devine ciclică. Ea se instalează, durează și se remite, oscilînd în jurul unei medii de simptome maniacale și depresive.

Pe vremea lui Kraepelin durată puseelor maniaco-depresive era de 5—6 luni. Astăzi statisticile au demonstrat că durată medie a puseului — pe un număr mare de bolnavi — este redusă la jumătate. Sînt cazuri cînd durată medie e redusă la mai puțin de o treime din ce ar trebui să fie dacă am lăsa evoluția să continue fără intervenție terapeutică.

Din confluența acestor multiple modalități evolutive ale psihozei maniaco-depresive rezultă virtualitatea de *patologie accesuală*. Ne-am putea întreba — din punct de vedere filosofic — dacă nu există o corespondență

cu accesul epileptic sau dacă nu este o formă de reacție mai puțin generală decît accesul epileptic? În afară de textura complexă a cauzalității endogene există și posibilitatea unei favorizări și *declanșări exogene* (afecțiunile cerebrale, stările de intoxicație, condiții endocrine). Chiar *situațiile psihice* (marile emoții, contrarietăți, stări de tensiune) pot să declanșeze cercul vicios al suferinței maniaco-depresive. Dintre factorii exogeni ce stau în spatele acestei patologii, sigur că locul întii îl ocupă *afecțiunile cerebrale* (tumori, arterioscleroză, accidente ale circulației cerebrale, patologii infecțioase etc.).

Dezvoltarea și marea amplitudine luată de cercetarea fiziopatologică a sistemului nervos central, au permis ca discuția pe marginea psihozelor afective să devină mai riguroasă. Există păreri autorizate despre localizarea funcțiilor timice în *diencefal*. În această problemă se înfruntă două puncte de vedere importante: pe de o parte cei care cred că diencefalul nu e numai organul de elaborare a expresiei afectivității ci este angajat, angrenat în trăirea vieții afective, iar pe de altă parte, se plasează cei ce susțin că funcția diencefalică se reduce doar la modularea expresiei afective și nu e însoțită de nici o trăire. În ceea ce ne privește, socotim că diencefalul este un centru activ al emotivității și că în psihozele afective suferim și cu diencefalul. Dacă ne gîndim cum este plasat hipotalamusul, ce poziție de carrefour, de stațiune de încrucișare are între toate drumurile (diencefal, hipofiză, substanță reticulată, talamus, cortex), deci între centrencefal și cortex, evident că ipoteza după care diencefalul participă la elaborarea timiei este foarte verosimilă.

Bleuler a atras atenția asupra corelațiilor posibile dintre bolile endocrine și psihoza maniaco-depresivă și a subliniat că tratamentul cu cortico-suprarenală ACTH, sau cu cortizon, poate să dea stări de excitație ce nu sînt totdeauna maniacale. Deci aceasta nu constituie o psihoză model cum s-a crezut, ci doar o modalitate de reacție.

Biochimistii au fișat în examenul lor de laborator multe date despre stările umorale ale maniaco-depresivilor. Nu știm care din ele va fi decisiv. Sau poate că nici unul și va trebui să completăm lista cu alte cunoș-

tințe. Se descriu modificări de echilibru acido-bazic, ale acizilor aminați și alterații cantitative ale azotului ne-proteic. Hipoglicemia merge mână în mână cu hipercolesterolemia. Există încă nenumărate modificări ale constantelor biologice, dar nici unul dintre ele nu caracterizează melancolia sau mania, nici nu le vindecă, dacă le corectăm.

Să ne amintim că există și la acest nivel psihopatologic un capitol de *psihoze experimentale*, (model-psihoze). Le putem obține cu alcool, hașiș, cocaină, protoxid de azot, amfetamine etc. Uneori le obținem fără să vrem când administrăm cortizon sau cicloserina. Dar a provoca o psihoză maniaco-depresivă îmbătând un individ, sau dându-i niște hidrazidă în doză crescută nu are importanță teoretică prea mare. Va avea probabil importanță, într-o bună zi, când vom putea să urmărim mecanismele patogenetice. Să nu uităm că șocurile emotive pot să fie generatoare de tulburări maniaco-depresive, așa cum pot să determine și alte tipuri de reacție în patologie.

Se cunosc numeroase cazuri de psihoză cu evoluție periodică și mai benignă a căror prototip este reprezentat de psihoza maniaco-depresivă. Organizarea periodică a unei psihoze reprezintă — după M. Lăzărescu — o sinteză originală între ansamblul structurii persoanei, procesul dezorganizat fundat în endogen și mecanismele de apărare ce intră în joc. Diverse modalități psihotice (paranoia, parafrenia, schizofrenia etc.) pot deveni periodice prin cuplare cu un orologiu intern, homeostatic. Acesta reprezintă un succes al mecanismelor defensive ce poate fi potențat și prin intervenția terapeutică, dar predispune la revenirea procesului psihotic.

Ce mai cuprinde încă sfinxul maniaco-depresiv?... Nu avem un răspuns, pînă nu va veni un Oedip. Nu știm încă ce înseamnă această tendință cicloidă a creierului de a se îmbolnăvi: fie expresia unor mecanisme care se împletesc cu esența bolii maniaco-depresive, fie o actualizare a unui potențial biologic înscris în legitatea creierului? Poate exprimă exagerarea unei ritmicități care în mod normal nu apare, fiindcă e prea discretă și se pierde, se „topește” în marele flux al întâmplărilor și

al situațiilor obișnuite, sau un ritm care se generează exclusiv pentru această boală și se consumă odată cu ea?

Dacă aceste întrebări vor primi un răspuns, se va naște o altă serie de întrebări: care sînt corelațiile ce fac posibilă transformarea continuității materiei celulare nervoase într-o funcțiune oscilantă, cum și unde e modelul orologiilor care fixează oscilațiile timice? ș.a.m.d.

În constelația sistemică a psihozelor afective vom descoperi într-o rezonanță cursă de însoțire *anxietatea* apărută prin eclipsa și blocarea puterii prospective a cunoașterii și decăderea adevărului trăit la un nivel impersonal. Toate acestea debitate — firește — pe **suportul triontic al persoanei** în care partida *bucuriei, tristeții și neliniștii* tremurătoare se întrefese ca o funcție primordială a *tuității (TU)*, și a obiectivării sale în lumina contrastantă a înțelegerii *illicității (EL)*. Nu există deci depresie sau manie pură din cauza tripolarei condiții a afectivității.

Tot datorită acestei „răzmerițe de curte” conceptuale depresia — de pildă — s-a domesticit, s-a pledat pe sine însăși ca un ciclon afectiv ce se învîrtește giroscopic înăuntrul unei sfere a conștiinței bazale cu distorsiunea funcției de polarizare a duratei. De la „trecutul” pierdut pînă la cîmpul nesfîrșit de lamentare care însoțește devalorizarea totală a lumii devenită o scenă goală. Dar revelarea acestei psihopatologii a duratei și a sensurilor spațiale ale lumii cheamă la suprafață patologia unor funcții timice de bază.

Apoi, analiza spectrală a delirului melancolic l-a dizlocat din aparențele de comentare coerentă, despuindu-l de draperiile sale silogistice. Melancolia s-a îmbogățit comprehensiv ca un tărîm al depresiei în varietăți ample și cu o mare tensiune epică. Și de-abia în această scrutare, clasificările clădite de mai multe ori în decursul istoriei psihiatriei se oferă și necesită o revizuire care să treacă dincolo de granițele convenționale cunoscute. Speranțele unui reveniment în acest domeniu de patologie mintală par a fi suficient de substanțiale. Pînă atunci competiția dintre medicația timoleptică și substratul bolii continuă sub masca remisiunii.

SCHIZOFRENIA

(Psihozele schizofrenice)

Această denumire reprezintă o grupă majoră de patologie mintală, o familie de forme clinice înrudite cu psihozele. Termenul de **schizofrenie** * a fost creat în anul 1911 de psihiatrul elvețian Bleuler care l-a folosit ca să-și intituleze o cuprinzătoare sinteză realizată pe materialul clinic acumulat într-o perioadă de peste o sută de ani de dezvoltare a psihiatriei clinice.

Schizofrenia, cunoscută de laici cu semnificația de „marea nebunie”, se impune psihiatrilor și atenției generale prin gravitatea deosebită a evoluției, ce ajunge până la disoluția persoanei bolnave, ca și prin morbiditatea sa considerabilă. Întâlnirea cu această psihoză înseamnă, de la început pentru „profani” o înfruntare misterioasă cu *ne-raționalul*.

Psihiatria, în schimb, încearcă ab inițio o lucidă înțelegere a acestei contradictorii și nemotivate dezorganizări a naturii mintale a omului. Așa se face că în ultimele două decenii câmpul psihiatric a crescut în multe direcții, iar schizofrenia deține primul loc între lucrările de cercetare psihopatologică și terapie în general (S. Arietti).

Incoerența și dizarmonia psihismului în această familie de forme patologice erau considerate de Kraepelin drept expresia unei *dereglări generalizate* în mecanismele psihice asociative. Traectoria evolutivă a schizofreniei terminându-se cu demențierea bolnavilor, la care se adaugă masiva predominanță în statistici a vârstei ti-

nere, explicau reunirea celor două atribute cuprinse în denumirea de **demență precoce**.

Impunătoarea operă elaborată de psihiatrul german a suferit apoi o progresivă amplificare și complicare. Printre altele, s-a adăugat la cele expuse de Kraepelin criteriul unificator al tuturor formelor de demență precoce constând în prăbușirea afectivității. Dealtfel, aici descoperim locul de articulare al concepției bleuleriene despre schizofrenie.

Bleuler, emancipat de vechea psihologie mecanicistă și asociaționistă, propune un punct de vedere menit să confere un sens dinamic, mai plastic și comprehensiv acestei schimbări generale, alienante a funcțiilor mintale din formele de demență precoce. Și astfel se ajunge ca *disociația*, această disoluție progresivă și generalizată care antrenează o „spargere” în bucăți a unității persoanei să devină principalul criteriu patogenetic în înțelegerea și delimitarea schizofreniei. Din acest *proces primar* derivă ca niște fenomene secundare ale deteriorării psihotice, toate simptomele (delirul, halucinația, autismul etc.), din combinarea cărora vor rezulta diversitatea de forme clinice ale psihozei schizofrene. Vom vedea cum fiecare titlu de capitol semiologic înseamnă în fond o multitudine de situații marcate de tulburarea bazală a procesului patologic disociativ.

În măsura în care „demență” înseamnă dispariția prin deficit, pierderea instanțelor operatorii ale cunoașterii și plăsării active în realitate, concepția bleuleriană a schizofreniei rediscută ipoteza demenței precoce și o infirmă. Și odată admisă în principiu teoria generală a schizofreniei, ea s-a dezvoltat în numeroase variante care formează un corp reprezentativ al psihiatriei moderne datorită — desigur — locului ocupat de schizofrenie în statistica bolilor psihice. A rezultat astfel o atenuare difuză și imprecisă a limitelor, o ramificație excesivă a formelor clinice prin descrierea varietăților diferite și a celor înrudite.

În literatură, conceptul de schizofrenie funcționează după cel puțin două direcții la fel de însemnate. Pentru psihopatologi schizofrenia semnifică un *model de boală psihică*, dezorganizant prin disociație a globalității persoanei. Pentru clinicieni și convențiile internaționale,

* de la „schizein” = a tăia, a diviza și „frenos” — psihism.

schizofrenia este considerată o *psihoză*, adică o ruinare, o sfărîmarea în fragmente a unității psihismului, ducînd la îndepărtarea și înstrăinarea bolnavului de lumea celor mulți, adică alienare.

În problema atît de dificilă a comprehensiunii schizofreniei, vechile tendințe clinice și psihopatologice urmăreau să realizeze un portret (semiologic) static. A rezultat o amănunțită catalogare a simptomatologiei schizofrenice. Teoriile moderne, începînd cu Bleuler și continuînd cu Jaspers, Minkowski ș.a.m.d. își propun să prezinte și să înțeleagă grupul psihozelor schizofrenice ca o *patologie temporală*, decupîndu-se și desfășurîndu-se pe o diagramă a timpului („tragedie” temporală).

În concepția despre schizofrenie există numeroase probleme neelucidate și care ar putea provoca nedorite confuzii. Chiar termenul de *demență precoce* este folosit impropriu încă și azi de anumiți psihiatri. Aceasta motivează de ce un capitol de *istorie* a concepțiilor despre schizofrenie devine așa de necesar. De zeci de ani termenii de *demență precoce* și *schizofrenie* figurează ca noțiuni majore în psihiatrie. Reprezentînd sfere care coincid pe mari întinderi, ele și-au păstrat mult timp o independență reciprocă, dar și o discretă ostilitate ce nu a existat cituși de puțin în intenția fondatorilor lor, dar trăda catatimia celor care le-au devenit prozele. Știm cît este de dificil să reconstituim geneza intimă a unor mari sisteme științifice. Morel trebuie citat printre autorii din secolul al XX-lea care s-au apropiat în studiile lor clinice de descrierea formelor de hebefreno-catatonie. Urmărind identificarea caracterelor eredodegenerative care formau cheia de boltă a sistemului său, Morel a întrebuintat denumirea de *demență juvenilă*, dar n-a intuit caracterul primitiv al tulburărilor de inteligență pe care le observase la bolnavii tineri. Pînă la urmă, fără să găsească un loc aparte acestor dereglări, le-a asimilat unor stigmatе de degenerescență și le-a legat de faza terminală a nebuniilor ereditare.

După ce „demența paralică” devenise entitatea tip prin excelență, o psihiatrie în căutarea unor forme specifice nu ar fi putut să primească contribuții importante decît conform unei direcții de orientare nosografică: de exemplu, descrierea pe care Kahlbaum o face

în 1863, intuind o formă de alterație dementială a tinerilor, ce se construiește pe un tipar de patologie a motilității. Așa-numita „parafrenie-hebetică” apărea caracteristică pentru pubertate și simetrică „parafreniei-senile”. În 1871 Hecker descria această boală frenatoare a evoluției mintale sub denumirea de *hebefrenie*. El făcea o expunere clinică detaliată a alterațiilor de limbaj și scris, a tendințelor repetitiv-iterative, manierismului etc. De asemenea, insista asupra unei succesiuni sindromatice progresînd spre demența finală. Autorul sublinia atmosfera de insolit, de baroc, de incoerență și neinteligibilitate care învăluia pe acești bolnavi.

Dar tot Kahlbaum, în 1874, trasa cu aceeași siguranță și sagacitate limitele unei psihoze speciale, *catatonie*, care părea să aibă un caracter evolutiv ciclic, cu o dominanță de tulburări motorii însoțind pe cele psihice. Succesiunea de melancolie, „stupiditate” și demență se combină clinic — după Kahlbaum — cu sindromul de „atonitat” compus din mutism, suspendarea gîndirii, negativism, bizarerie, flexibilitate ceroasă, redoare, trismus, crize de furoare etc. Catatonie, astfel individualizată, și hebefrenia vor fi folosite de Kraepelin în 1893 pentru întregirea grupării demenței precoce. În această vastă constelare Kraepelin apropie și articulează între ele demența precoce, catatonie și demența paranoidă. Prima coincidea în linii generale cu hebefrenia lui Kahlbaum-Hecker.

În ceea ce privește *demența paranoidă*, ea apărea ca o contopire a tuturor formelor delirante ale căror elemente constitutive par a fi de structură paranoică, pot — sau par — a evolua demential și grupează o floră extrem de multiformă, compusă din delire polimorfe, bufeuri delirante ale degenerațiilor, cît și pe cele net paranoice. Într-o viziune incontestabil remarcabilă — cu toate contradicțiile ce le cuprindea — Kraepelin accentua comunitatea acestor trei forme fundamentale și le atribuia o unitate etiologică reprezentată de tulburări ale nutriției cerebrale. Activitatea sistematizatoare a clinicianului de geniu urcă în etape. În 1889 Kraepelin formulează sinteza care-i va purta de atunci încoace numele. Demența precoce se constituia astfel ca o afecțiune autonomă și se baza pe un criteriu evolutiv, con-

stînd în progresiunea dementială. Dezorganizarea deficitară interesează, cel puțin la început, sfera afectivă și activitatea. Demența precoce comportă o împărțire tripartită, corespunzînd hebefreniei, catatoniei și demenței paranoide.

Autorul și opera continuă să se influențeze reciproc. Cîțiva ani mai tîrziu (1906), Kraepelin nu mai crede în demența precoce ca o boală, ci ca o grupare extinsă de forme morbide caracterizate prin scăderea generală a nivelului de activitate psihică și, mai ales, prin masivitatea inefectivității. E important de remarcat că în comentarea și interpretarea autorului, criteriul demențierii care a format un fel de leit-motiv al tuturor criticilor ce i s-au adus ulterior, începea să se atenueze.

Extensiunea excesivă — inevitabilă prin obiectul său — pe care o avusese demența precoce la început, a apropiat-o ca proporții și conținut, de *degenerescența lui Magnan*. Dar opera kraepeliniană fusese condusă mai puțin dogmatic și cu o inegalată artă de clinician. În 1913, maestrul din München considera grupul demențelor precoce caracterizabil prin *dezagregare psihică și inefectivitate*. Astfel, tulburarea fundamentală care justificase individualizarea demenței precoce a fluctuat de-a lungul carierei și concepțiilor acestui clinician gînditor, dar fără ca să se enunțe limita separată dintre fenomenele negative și neoproducția patologică mintală.

O altă rețușare operată de Kraepelin sistemului său inițial a fost separarea *parafreniilor*, pe care le detașează din structura primitivă a grupului, refăcînd ca valabil criteriul princeps constituit de stările terminale. În această entitate (parafrenie) degradarea mintală e mai tardivă și mai atenuată decît în demența precoce propriu-zisă, care pierde astfel, prin remaniere, seria reprezentată de delirele de persecuție și interpretare (paranoic), cit și pe cele parafrenice.

Independent de adeziunea obținută de opera de clasificare, tendința sintetică din sistemul kraepelinian a exercitat o mare influență asupra gîndirii psihiatrice. Să nu luăm în considerare deci amploarea dezbaterilor din jurul construcției lui Kraepelin care încerca justificarea *coeziunii nosologice* a acestui grup de boli, a pro-

porției dintre patologia afectivității și tulburările intelectuale în demența precoce, a mecanismelor asemănătoare sau diferite în catatonie și delir, a faimoasei tulburări fundamentale primitive etc. Toate acestea au întreținut o efervescență creatoare și inovatoare în psihopatologie, au clivat sensul noțiunii originale de *demență*, îmbogățind un concept vechi de secole și substituind un conținut static și cantitativ prin unul dinamic și calitativ.

Așa cum Haydn anunță și explică pe Beethoven, poziția kraepeliniană pregătea propria sa continuare, reprezentată de Bleuler prin epocala „grupă a schizofreniilor”. Un omagiu adus lui E. Bleuler nu poate să nu implice admirația profundă pentru Kraepelin, să nu însemne asocierea acestor două nume. Din anul 1911, cele două sisteme își termină raportul de succesiune și derivare istorică devenind contemporane și paralele. Folosind criterii și incidente deosebite, ele se influențează reciproc. În afară de extremiști, toți cei ce practică psihiatria de aproape o jumătate de secol folosesc un „aliaj” doctrinar rezultat din cunoașterea și aplicarea celor două sisteme. Primul, dominat de corelațiile dintre curba evolutivă și fenomenologia clinică (Kraepelin), al doilea, secționînd transversal edificiul persoanei și cău-tînd *modelul dinamic* al patologiei disociative (Bleuler).

Descrierea clasică pe care Kraepelin a făcut-o bolii a înfruntat timpul și a rămas valabilă pînă astăzi. Noțiunea de *demență precoce* preparase prin evoluția ei critică teoria lui Bleuler. În prezentarea propriei sale concepții, acesta din urmă a scris: „... *toată ideea de demență precoce aparține lui Kraepelin. De asemenea i se datorează — aproape în întregime — gruparea și valorizarea semnelor ei particulare*”. Contribuția lui Bleuler la o antecedență atît de bogată a fost reprezentată în prima etapă de însăși denumirea de *schizofrenie*, prin care se încerca identificarea unei tulburări primare, a unui numitor comun al tuturor formelor din acest grup. Și se părea că dezagregarea haotică a unității psihice e tocmai această cheie de boltă teoretică.

Istoria schizofreniei trebuia să reprezinte o răsfrîngere generală a faptelor de patologie prin prisma concepțiilor despre natura psihismului. Psihologia asociaționistă de pe vremea lui Bleuler se completează cu o

dinamică freudiană. Schizofrenia se formula ca o dezorganizare a structurilor asociative pe care le „animază” forțele refulate și eruptive ale subconștientului... Mitul „turnului Babel”, completat de acela al forțelor deluviului, apare ca o sinteză între două forme monstruoase ale destinului omenesc.

De atunci și pînă azi, etapele prin care a trecut teoria generală a schizofreniei au întreținut această primordială corelație mobilă între vîrstele de dezvoltare ale psihologiei și propriile sale avatare. Și intradevăr, în această perioadă în care doctrina kraepeliniană poartă „torța”, psihiatria a devenit o eflorescență de încercări de a surprinde nucleul specific al schizofreniei. Chaslin lansează denumirea de *discordanță psihică*, pe care Bleuler a apreciat-o ulterior, cînd a cunoscut-o, anexînd-o retrospectiv. Stransky vorbește de „ataxia intrapsihică”, evocînd o imagine neurologică, Ziehen subliniază „paramimia hebefrenă”, Zweig numește demența precoce ca „dementia dissencans”, Urstein vorbește despre „dizarmonie intrapsihică” iar Kandinski despre „dezacordarea mintală”, „Orchestra fără șef” a lui Kraepelin sau „Cartea fără pată cu foile descusute” a lui Anglado, nu erau decît comparații sau formule lapidare care rezumau neadecvarea și imposibilitatea de a încorseta demența precoce în modelul unui proces demential primitiv, incapabil să justifice și să însumeze toată bogăția haotică și caleidoscopică a acestor forme de patologie mintală.

Aceste fragmentare, dar totuși convergente, interpretări diminuau treptat ipoteza unei distrucții cerebrale cu caracter lezional și în aceeași măsură deschideau drumul unei cauzalități de natură psihică, funcțională. Sub influența noilor *modele psihogenetice* create de școala psihanalitică (Freud, Jung, Waeder), E. Bleuler își intitulează studiul despre demența precoce din tratatul lui Achaffenburg cu completarea „Gruppe der Schizophrenien”. Noua unitate nosografică s-a emancipat de stihia „demenței nedementiale” și de rigiditatea unei evoluții deficitare, fatale.

Incidența de analiză și „spectroscopia” acestui grup de patologie s-a îndepărtat simțitor de direcția lui Kraepelin. Firul roșu, esența comună a tuturor stărilor

înglobate în familia schizofrenilor devine *disociația vieții mintale* (Spaltung). „Grupul schizofreniei” înmănunchează astfel boli de cauză și cu mecanisme neelucidate care se repercutează asupra funcțiunilor fundamentale, integrative ale psihismului. Acestea sînt argumentele lui Bleuler pentru termenul de schizofrenie.

Dar după cum reamintește și H. Ey, interesul major al noii concepții rezidă în contribuția autorului la gîndirea clinică. Inovația capitală este întuirea contrapunctului dintre procesul disociativ fundamental și năvălirea întepesivă și dezarticulată pe care imaginile simbolice și pulsunile elementare instinctive le fac în cîmpul devastat al conștiinței bolnave. Această folosire a *freudismului*, practică și de Jung în cercetările sale asociaționiste și oniologice, a reprezentat una dintre fructuoasele aplicații ale psihanalizei în psihiatrie. În opoziție cu altele, complet sterile... Concepția lui Bleuler inversează raportul de planuri din teoria demenței precoce și aduce în focarul de investigare a activității psihice aspectele pozitive (neoformația patologică, invenția biologică compensatoare, formele noi pe care boala le iscă în teritoriul eliberat prin refluxul funcției normalului). Toate discuțiile contradictorii despre demența precoce și schizofrenie s-au alimentat din această deviație și inovație față de poziția inițială a primei teorii. Efectul a fost fecundant pentru terapeutică și de teoria generală a psihiatriei.

Balanța opiniilor a înclinat progresiv spre folosirea noțiunii de schizofrenie, care s-a substituit celei de demență precoce. Paul Guiraud remarcă „docilitatea surprinzătoare cu care au fost adoptate, în toate țările, teoriile și denumirea lui Bleuler” și apoi le explică prin finețea clinicianului, prin teoria atît de atractivă a delirului și comportamentul deliranților, calități care au mascat excesele ca și incompletitudinea lor nosografică. Noi sîntem înclinați să admitem că e vorba, nu atît de farmecul seducător al unui „cîntec de sirenă” științific, ci de depășirea dialectică a unei etape de teorie științifică. Locul pe care-l ocupă astăzi schizofrenia în teoria generală a alienației nu a rezultat din capitularea pasivă a psihiatrilor în fața unei autorități excepționale, nici din aderarea mimetică la o ipoteză euristică,

ci reprezintă dezvoltarea ramificată, arborescentă, născută din aplicarea unei concepții sintetice la cunoașterea vastului continent al patologiei disociative.

În opoziție cu visul simplificator al psihiatrilor secolului al XIX-lea care tinsese să toată vremea spre o nosografie de entități specifice, Bleuler atrăgea atenția, la începutul cărții sale, că numește „demența precoce schizofrenie... fiindcă disociația diverselor funcțiuni psihice este unul din caracterele sale cele mai importante”, iar pentru comoditate întrebuițează cuvântul singular, cu toate că grupul cuprinde probabil mai multe boli. Distanța străbătută de la Kahlbaum sau alții care voiseră să descrie o maladie aparte, individualizată, e mare. Se simte, din nou, conform marelui flux și reflux oscilant din dezvoltarea medicinei, tendința *sintetică* pe care o manifestaseră Zeller, Griesinger, Neuman față de ideea unei unități a patologiei mintale, a unei „monopsihoze”. Cine se putea, însă, opune la rapida și abuziva extensiune a acestui concept, despre care unul din importanții săi adepți și întregitori (Minkowski) a spus că nu are limite bine precizate. Mayer Gross subliniază de asemenea că schizofrenia este un grup de boli mintale, caracterizabil și constelat prin simptome psihice specifice.

Apoi, alegerea unui criteriu atât de proteic și elastic ca acela de „introversiune” (Jung) sau „închidere în sine” (A. Hoch), ori cunoscuta „pierdere de contact vital cu realitatea” (Minkowski) au calitățile unor scheme generale dinamice cu caracter vectorial, pe care le întrebuițăm pentru a ilustra o structură, în explicarea căreia introducem astfel o dimensiune evolutivă. Metoda nu e folositoare decât dacă rămâne în continuă desfășurare, deschisă fenomenelor pe care vrem să le explice.

Există în mentalitatea multor psihiatri un incontestabil și justificat eclecticism. Folosirea criteriilor kraepelinene care au stabilit pentru prima dată un sistem unificator de inspirație clinică organizat după două coordonate: demență-cronicitate, coabitează în gândirea clinică cu schizofrenia ce descrie un mod de organizare anormală a vieții psihice și subliniază necesitatea de a-l înțelege ca un proces dinamic și evolutiv. Raportul

lor ne apare inevitabil și definitiv ca unul de strînsă dependență. Structura deficitară stabilită de Kraepelin, trebuie sudată cu și reliefată prin structura afectivă pusă în evidență de Bleuler. Sursa tuturor tribulațiilor pro și contra schizofreniei este de căutat în exclusivă aderare la Kraepelin sau în excesivă desființare a tuturor limitelor sistematice care se pot da fenomenului de „închidere asupra sa însăși”, de zidire într-o lume retractată și segregată. Aceste confuzii de perspectivă au dus la „compensații” teoretice însumate în imensa arborescență doctrinară care a transformat psihiatria ultimilor zeci de ani într-o arenă de discuție, al cărei leit-motiv este, incontestabil, schizofrenia.

Aspectul deficitar, cronologic plasabil și în debut și în orice punct al curbei evolutive a schizofreniei, a părut inseparabil de corecta considerare a grupului. Sensul originar al cuvîntului „demență” se schimbă fără îndoială, dar concepția unei globale diminuări pragmatice a persoanei îi lua locul și completa teoria lui Bleuler. Kleist, Guiraud și alții au ilustrat această viziune de ansamblu, care folosește noțiunea de slăbire, devastare și ruină energetică a vieții psihice în schizofrenie.

Alte incidente continuatoare ale nosografismului, reprezentate prin *școala genetică* (Rudin, Luxemburger), au încercat să demonstreze entitatea specifică a schizofreniei. Ereditatea ar fi trebuit să „coaguleze” tendința de extindere a cadrilului de schizofrenie, arătînd cum boala, de natură endogenă și constituțională, se transmite după o modalitate recesivă prin cuplarea dintre factorii constituționali și cei ai procesului disociativ. Biotipologia kretschmeriană sufla favorabil în această pinză, dar suscita obiecțiunea fundamentală (Bleuler, Kahn, 1923) a imposibilității de a converti boala în general, și cu atât mai puțin schizofrenia, într-un model constituțional. Aceasta din urmă nu poate fi decât un fundal de scenă, un cîmp de forță, pe care îl vor străbate modele dinamice ale existenței psihice.

Poziții de inspirație *dualistă*, ca un fel de ateism baroc, au fost mai zgomotos reprezentate de concepția lui Claude care a crezut justificabilă o separare a grupului demenței precoce de acela al schizofreniei. Raportul de derivare istoric-evolutivă a schizofreniei din

concepția Morel-Kraepelin era astfel compromis printr-o îngustă interpretare a faptelor clinice.

Grupul „schizozelor” apărea în ansamblul formelor de schizofrenie ca opus formelor hebefreno-catatonice. Acest criteriu nosografic, mult mai nemotivat decât acel pe care voia să-l combată, a căpătat totuși o putere de circulație prin importante lucrări clinice pe care le-a catalizat. Până la urmă „schizozele”, cu un conținut exprimând mai ales modurile *caracterului schizoid*, se întâlnesc cu poziția altor autori (Kronfeld, Sullivan, Roch) care au admis și descris forma de trecere între schizofrenie și nevroze (psiastenienă și mai ales isteria) sau o formă de schizofrenie afectivă (Kasanin, Gurevici). Odată deschisă această poartă, n-au întârziat să apară studii despre „pseudoschizofreniile nevrotice” sau pseudonevrozele schizofrenice”. Din punct de vedere al discuției generale, aceste investigații și construcții au importanța de a fi instaurat un criteriu de mare însemnătate: acela al apropierii și tangenței grupelor de nevroză și schizofrenie. Claude a propus denumirea de *psihoze* pentru disociațiile superficiale ce se dezvoltă la periferia sferei afective, alterînd-o.

Teoriile psihodinamice (A. Mayer) ce învederează procesul schizofrenic din punct de vedere reactiv, conflictual sau al „nevrozei de tip sexual regresiv” pe care psihanaliștii o identifică în patologia disociativă, au aderat și au contribuit la consolidarea punctului de vedere al „școlii Claude”, oferind posibilitatea de a-l folosi. Cu aceste schizofrenii desfășurate după modelul existenței nevrotice, care nu ridică niciodată „ancora” din realitate, nu se renunță la explicația prin mecanismul disociativ sau discordant, dar e posibilă surprinderea și studierea lui în varietăți atenuate, transparente, discrete. În aceste cazuri atmosfera este imaginar-fabuloasă, semănînd mai mult cu ficțiunea decât cu inflexibilitatea și sufocanta certitudine din delir. Această patologie disociativă superficială, discretă și episodică, justifică poate termenul de *schizo-nevroză*.

Aceste forme benigne diferențiază un material de caracterologie a ciudatului, abstractului, de „atmosferă” (ocultism, magie, spiritism, antropozofie, teozofie, cosmogonie etc.), înfășurat într-un halou care poate fi

uneori parapsihotic. Ele poartă o latență evolutivă spre degradare ambivalentă, bizară, impenetrabilă. Acest material a format subiectul electiv al analizelor existențiale de la „schizofrenia fără schizofrenie” pînă la pierderea contactului vital cu realitatea, de la raționalismul glacial și geometric pînă la apragmatismul steril și înfricoșător al „deșertului” disociativ (Minkowski, Finswalgern Basaglia). Un produs paralel al acestor pătrunzătoare analize a fost conturarea, prin contrast de planuri, a temperamentului schizoid.

Unde se întîmplă convertirea perversului moral într-un schizofren? Unii anormali ai instinctelor și impulsivității, debusolați ai caracterului, exaltați sau agitați, pot da forme evolutive în care se manifestă o dezagregare progresivă sau se instalează o catatonie stupuroasă. Hoch a descris traiectoria evolutivă a unor asemenea schizofrenii (pseudopsihopați, agresivi, pasivi, bizari, singuratici etc.). De la Bunke și Dorne, aproape toată lumea e de acord că *schizoidia* nu se poate echivala cu schizofrenia. Dar există cazuri incontestabile unde derapajul evolutiv individual accentuează profilul schizoid și-l împinge prin izolare, bizarerie, ideologie, extravaganță etc., la dezorganizarea realității care se pierde în spatele unei perdele de dezinteres. Maxchiano (1945) a analizat aceste tipuri clinice de schizofrenie — oarecum ambulatorie și atenuată — care pot să se coloreze melancolic — anxios, cu perplexitate dureroasă, introspecție sterilă, hipocondrie, teme de preocupare sexuală, resimțite și trăite ca un atac exogen, xenopatic. Persoana bolnavă nu se scufundă integral în ireal, ci păstrează ca o scoică pulsatilă un curent de apă între ea și oceanul realității.

Cele mai nefavorabile modificări pe care trebuie să le sufere concepția schizofreniei au fost produse de *reacția antinosografică*. Pretextîndu-se că demența precoce sau schizofrenia nu sînt entități, s-a lărgit definiția ultimei pe o întindere vagă și fără o consistență clinică, în care s-au contopit o mulțime de forme de patologie reactivă, delimitate și denumite cu termeni imprecisi „introversiune”, „fuga din realitate” și care pot să însemne fie tipuri de reacție caracterială, episoade înguste și precare în adaptarea ontogenetică, fie reacții

de comportament într-o situație apriorică, fie patologia reactivă nevrotică.

O bogată literatură a demonstrat că originea patologiei schizofrene trebuie căutată într-o predispoziție sau un caracter denumit schizoid sau schizotimic (Bumke, Rudin, Hofmann, Kretschmer, Kahn, Luxemburger etc.). Punctul de vedere genetic se sprijină pe corelațiile morfo-funcționale și ajunge să dizolve modalitatea psihismului schizofren până la „diluții” apropiate de normalitate.

Luxemburger, în schimb, a demonstrat imposibilitatea de a defini schizofrenia printr-o dispoziție *endogenă* a tendințelor caracteriale și temperamentale. Cu toate că „pierderea contactului vital cu realitatea” reprezintă o rezultată în care se exprimă o modalitate fundamentală de rotire a psihismului în jurul propriului său ax, cu toate că ea nu poate fi confundată cu un factor primitiv și deci nu poate constitui o proprietate esențială a schizofreniei, studiile lui Minkowski păreau de multe ori să insinueze o concepție despre schizofrenie asimilată cu o *constituție psihopatică*. Această migrație a fenomenului schizofren spre o perspectivă în care tulburarea mintală devine o tendință retractivă, o fugă de realitate, o perforare a vieții interioare și a visului față de o existență asumată în toată brutalitatea ei obiectivă, instaura o falsă ecuație între schizofrenie și dezadaptarea comportamentului, volatilizând orice posibilitate de delimitare a conceptului de schizofrenie. Acesta devenea o formulă „*passe-partout*” pentru orice problemă de alienație sau nevroză în care balanța are tendința să se încline înspre o preponderență a subiectivității sau imaginarului asupra funcțiilor realului (Henri Ey). Trebuie să subliniem gravitatea acestor excese și degenerări metodologice, prin care s-a ajuns la un fel de codificare a necunoscutului. Bleuler spunea în anul 1943: „Nu știm în ce constă unitatea psihopatologică a schizofreniei”. Ceea ce nu înseamnă că el avea neapărat dreptate.

Astfel metamorfozată și generalizată în tipare de reactivitate polimorfă, schizofrenia a fost studiată de școala anglo-saxonă nu după aspectele individuale din care se clădește felul de a fi, stilul vieții mintale a fie-

cărui ins, ci ca forme de răspuns față de fluxul continuu de modificări ale mediului. A. Meyer a întregit, în acest fel, o concepție în care s-au contopit aspectele constituționale, istoria individului, suprapunerea dintre condițiile lui de existență și ambianța psihosocială. Această combinație sintetică, anticipând concepția antropologică contemporană, a inițiat la început un comentariu al demenței precoce și a devenit apoi modelul de înțelegere al americanilor pentru schizofrenie. Dar curentul materialist-sociogenetic al psihologiei nord-americane a făcut să prevaleze din ce în ce mai mult interpretarea prin dinamica factorilor exogeni, printr-o deplasare a determinismului psihic în rețeaua complexă a mediului. Aceasta a dus la încă un capitol defavorabil de exegeză a schizofreniei, acela pe care l-am putea numi „criza de obiectivizare” sau „mitologia ecologică”. Conceptul de „malajustare”, de „disadaptare”, mută înțelegerea schizofreniei în domeniul de contact dintre insul în desfășurare și lume.

Confluențele cele mai importante, care s-au potențat reciproc în această perspectivă de interpretare, au fost *psihologia comportamentului* (Watson) și *pavlovismul*. Reacții autiste, atitudini de introversiune, comportamente negativiste etc., nu sînt decît formule indirecte de interpretare la suprafață ale unei patologii care aplecată asupra celei mai caracteristice fenomenologii de „pustiire” și „pieire” interioară, o maschează cu niște decoruri convenționale, de carton.

În vîrsta psihiatriei nosografice și specifice, bolile psihice riscaseră să fie schematizate după niște ecuații în care boala se grea — ca proces fizic — pe pomul viu al persoanei și-l altera după o proporționalitate simplă, mecanică. Pătrunderea în universul închis, în realitatea refuzată a schizofrenilor, care nu pot suporta conflictul cu obiectivitatea lumii, a antrenat în considerarea schizofreniei și... „nevroza narcisică”. Întreaga participare *psihanalitică* la „bătălia” și discuția schizofreniei poartă această caracteristică interpretativă. Confuzia între determinismul intern al bolii și voința bolnavului schizofren („autismul intențional”) reprezintă modelul falacios pe care s-a brodat leit motivul psihanalitic. E adevărat că finețea analitică minuieste nuanțele și sur-

prinde într-un sistem de referințe evolutiv sensul regresivității instinctive, a slăbiciunii coezive a eului, a rupturii sale de realitate. Dar de la Freud, Jung, Schilder, pînă la Sullivan, Schultz-Henke, ideea directoare rămîne asimilarea schizofreniei cu o reacție *inconștientă* față de un univers ostil, recăderea psihică într-un model arhaic pe care Osborne îl numește „paleofrenic”.

Am continuat, fără nici o înclinație de autosupliciu, să înregistrăm aspectele mari prin care concepția schizofreniei a devenit fracționară și paradoxală, a cîștigat în extensiune ceea ce pierdea în sistematizare, a anexat domenii neprospectate încă și le-a dat denumiri de continuitate. Dar aceste avataarii nu au diminuat și nu au „bruiat” nici o teorie de bază.

Schizofrenia, transformată într-un mecanism, redusă la un simptom fundamental, convertită într-o motivare inconștientă sau intențională, pierde tot atît de mult orice sens clinic, ca și atunci cînd e masacrată de psihopatologii entităților mai mult sau mai puțin specifice. Pe de o parte avem o abstracție care se numește „schizofrenie adevărată” și pe care statisticile contradictorii și libertățile personale ale autorilor o fac destul de greu de întrebuițat, iar pe de alta, o interminabilă vegetație de producții derivate, în care se înșiră reacțiile schizofrenice, stările schizofreniforme, psihozele schizofrenice, reacții paranoide, schizofreniile acute, schizofreniile latente, schizofreniile psihotice (Nielssen, 1948).

După un comentariu mai mult sau mai puțin istoric, nu putem să nu ne alăturăm lui Henri Ey și să nu conchidem fără ezitare că tot sistemul „planetar” reprezentat de masa faptelor ce constituie cadrul schizofreniei, e centrat de conceptul bleulerian al disociației (Spaltung). Fără acest reper, orice discuție este oșioasă și sterilă. De asemenea, din noianul de forme și varietăți clinice, pe care cei 60 de ani de regim psihiatric dominat de dublă doctrină: „demența precoce” — „schizofrenie”, le-a individualizat și deschis, *formele paranoide*, în care activitatea delirantă se desfășoară și apare ca neoformăție patologică, pare să constituie modelul fundamental al acestui grup de suferințe psihotice.

Între teza Kraepelin, a unei *patologii negative*, caracterizată printr-o balanță deficitară a instanțelor psi-

hice și concepția psihanalitică, care face să joace o pseudointenționalitate de natură subconștientă ca factor patogenetic, concepția bleuleriană *sintetizează* cele două aspecte structurale ale tulburărilor, atît pe cel pozitiv cît și pe cel negativ. De la formularea teoriei lui Bleuler toate ramificațiile trunchiului original al doctrinei au încercat să facă „schisme” sau „reforme” după una din direcțiile mai sus amintite, dar n-au izbutit să demonstreze că poziția aleasă de „patriarh”, orizontul desenat de Bleuler încercuiește în chip inegalat cea mai serioasă problemă a psihiatriei.

Tentația omenească de a căuta, cerceta și înțelege cauzele care intervin în geneza unui fenomen așa de complicat cum e schizofrenia, este „magnetică”, iar cantitatea de fapte acumulate privind **etiologia schizofreniei** este uriașă. Și ar fi nemulțumitor să se reducă această tensiune gnozică din cauza dificultăților majore întîlnite de-a lungul cercetării mecanismelor de bază, determinante, ale schizofreniei.

Marea majoritate a psihiatrilor contemporani postulează că un *defect constituțional* explică patogenia bolii, iar alții — mai puțini la număr — cred că *factorii psihosociologici*, stressurile timpurii din mediul de inserție modelează schizofrenia. Se poate că aceste două păreri extreme nu se plasează chiar așa de tare în conflict — cum s-ar putea crede —, fiindcă ele descriu aceeași realitate patologică cu metode și termeni diferiți. Din aceste prealabile constatări înțelegem schematismul și viziunea incompletă a celor ce au crezut că s-ar putea deduce dezorganizarea schizofrenă dintr-o simplă neadaptare la condițiile de receptare și inserție în mediu, precum și a partizanilor constituționalismului care intenționau să descifreze procesul schizofren — și boala psihică, în multiple cazuri — dintr-o predispoziție de structură neurobiologică, ereditară și predestinată.

Începînd cu teoriile lui Kretschmer, s-a susținut preexistența unui model latent de reacție schizofrenă figurată în constituția somatică longilin-astenică. Sensitivitatea, reacția vitală pe un plan contemplativ, izolaționismul meditativ și timid, trebuiau să joace rolul unui model pe care factorii „specifici” ai bolii îl exagerau cantitativ, mutîndu-l dintr-o dispoziție oarecum spațială

într-o desfășurare agravantă care ar fi tocmai procesul schizofren. Constituția aceasta a devenit repede tot atât de celebră ca și schizofrenia căreia vroia să-i servească drept tipar. Ea a fost denumită caracterologic schizoidie, ceea ce înseamnă, într-un fel, preparatoare sau predispozantă de schizofrenie.

Ne vom extinde asupra acestor probleme fiindcă discuțiile, studiile, statisticile, masa imensă de fapte clinice adunate într-o jumătate de secol în legătură cu schizofrenia, domină toată psihiatria modernă și constituie contribuția cea mai valoroasă la dezvoltarea ei. Iar cu cât materialul și faptele s-au tot acumulat, a apărut din ce în ce mai evident că schizofrenia este unul din fenomenele patologice cele mai *plurifactoriale* posibile și că apropierea de înțelegerea ei trebuie să fie multidirecțională și polisistematică.

Schizofrenia este cea mai frecventă psihoză cronică. Ea s-a definit statistic ca o afecțiune a vârstei tinere (adolescenței), exceptând regula prin rare debuturi înainte de 15 ani și foarte rare cazuri după 45 de ani. Morbiditatea maximă fiind între 15—33 ani, frecvența se situează între cifra de 0,4—0,8%, respectiv după o medie mondială de 6‰. Rasa, sexul, formulele de civilizație și cultură nu se fac simțite de statistici.

Printre mulțimea factorilor săi determinanți se înregistrează un incontestabil *risc ereditar*. Studiul gemenilor univitelini, metodă de elecție pentru studiul uman, reprezintă o concordanță de îmbolnăvire ce depășește 80%. Frații schizofrenilor au un coeficient de risc mai mare de 10% în timp ce, în populația generală cuantumul de boală schizofrenică este așa cum aminteam în jurul cifrei de 6‰. Constatări asemănătoare privesc descendența. Dar, e adevărat și bine că schizofrenii au o descendență foarte redusă. Ce s-ar deduce din aceste cifre? În nici un caz unicitatea condiției ereditare. Schizofrenia este un fenomen mult mai complicat decât atât. S-a subliniat apoi că vehicularea ereditară pare a se referi la fragilitate și deficiență biologic-adaptativă, deci la un aspect filogenetic reluat într-o variantă defectivă, greu de schematizat, dar privind aproape cu certitudine structura și „calitatea” sistemului nervos.

O ramură a antropologiei a cercetat și prelucrat în ultimii cînzeci de ani celebra ipoteză emisă de Kretschmer și anume afinitatea, respectiv predispoziția *tipului picnic* (brevilin, sintonic, oscilant afectiv) pentru psihoza maniaco-depresivă și, aceeași afinitate, pentru schizofrenie a *leptosomului* (longilin, astenic, introvertit izolaționist). Această eminentă antecesoare a psihopatologiei care este știința caracterologică, folosește, după cum vedem, niște puncte de vedere în care se împletesc strîns elemente morfologice (biotipologice) și altele psihotipice, înfierînd o valabilitate a corelației de la normal pînă la patologic. Așa cum există o strînsă inter determinare între vagotonie și hipotensiune, discrazia alergică, predispoziția la tuberculoză și ulcer, tot așa schizofrenia, sprijinindu-se pe un substrat leptosom-astenic, pare că se construiește după formula persoanei introvertite, *schizotimice* (Jung, Bleuler). Este admis astăzi că aproximativ 50% din schizofrenii au, înainte de a se îmbolnăvi, marca personalității schizoide rezultînd din accentuarea, din „îngroșarea” trăsăturilor de izolare, hiperestezie morală, răceală distantă și retractilă, aparență meditativă, abstractă și visătoare ale introverțiilor senzitivi. Dar bogăția și varietatea de vocabular a caracterologiei este de o mare extensiune și nu poate fi integral transpusă în schemele mai aride ale psihopatologiei. Se mai știe că și în alte profile caracteriale liminare pot să apară transformări schizofrene ale personalității: tulburări nevrotice (de toate felurile), agresivitate și impulsivitate, preocupări hipocondriace, torsiuni psihopatice ale personalității etc.

În lista factorilor și determinanților *neurobiologici* ai schizofreniei, păreri generale și doctrinare și-au decupat fiecare o cotă ce variază foarte mult ca importanță. Așa, de exemplu, o extraordinară cantitate de studii histopatologice nu au condus la individualizarea unui capitol de sine stătător. Nespecificitatea formelor descrise (lacune de dezintegrare cerebrală, atingerea nucleului median al talamusului, alterații capilare, perivascularare, incluziuni etc.) nu au permis niciodată să se stabilească nici măcar raportul lor secvențial, în sensul că leziunile preced, însoțesc sau urmează instalarea procesului schizofren. Tot atât de irevelante au fost cercetările care

au căutat regiuni de elecție, semnificative pentru leziunile ce ar acompania schizofrenia (regiunea prefrontală centroencefalică etc.). Astăzi se admite, ca un punct de vedere director, că în schizofrenie nu se pun în evidență — în majoritatea cazurilor — leziuni macroscopice sau modificări histopatologice specifice.

Factorii *infecțioși* și *virofici* care au putut fi invocați de-a lungul anilor de observație clinică, au contribuit doar să demonstreze că orice cadru de patologie se intrică în regiunile sale de graniță cu alte forme și devin un domeniu de trecere. Encefalitele copilăriei, sechelele de suferință confuzivă, unele urmări ale virozelor pot să figureze în antecedentele schizofreniei sau al unei patologii înrudite.

Cauzalitatea biochimică a schizofreniei înregistrează, de asemenea, o bogată galerie de „modele” înrudite, asemănătoare, spontan patologice sau experimentale. Studiile despre catatonie cu bulbocapină, toxina colibacilară etc. sînt capitole depășite de medicina experimentală. Astăzi direcția de cercetare și explicație neurofiziologică stă sub influența unor cunoștințe moderne asupra fenomenelor metabolice, extrem de fine, care au loc în țesutul cerebral, transformînd neuronii în niște integratori polivalenți.

Se consideră ca o contribuție importantă experimentele făcute cu *substanțe psihomimetice* (deliro și halucinogene). Printre acestea, primul plan continuă să-l ocupe *mescalina* și *L.S.D.* Cea mai plauzibilă teorie biochimică poartă numele lui Osmond și Smythies și mai târziu a lui Hoffer care leagă acțiunea mescalinei și *L.S.D.* de catecolamine. În 1950, Osmond și Smythies au observat asemănarea dintre structura adrenalinei și mescalina și au presupus că schizofrenia acută ar putea fi consecința intoxicației cu un produs normal rezultat din dezagregarea metabolică a adrenalinei (adenocrom). În afară de sindroame vegetativ-amfotone, mai mult parasimpatice, aceste substanțe provoacă o serie bogată de simptome psihiatrice: halucinații vizuale, anxietate, fugă de idei, experiențe de depersonalizare, transformare fantastică a realității etc. Acțiunea biochimică — cea mai probabilă — este o angrenare în metabolismul substanțelor adrenergice. Dar concluziile acestor experiențe sînt

dublate de rezerva nesuperpozabilității dintre schizofrenie și episodul psihotic experimental. Acesta din urmă rămîne „înscriș” în existența individului, se grefează pe un fond distinct și continuu, nu se substituie niciodată total și nu devine însăși fluxul vieții psihice. *Psihozele model*, așa se numesc aceste experiențe, păstrează raportul măștii, al travestirii cu personajul. Diferite substanțe sînt folosite pentru a provoca simptome patologice experimentale. Este cunoscut încă din timpuri străvechi, că narcoticele (de exemplu: cannabis indica, cocaina, mescalina) pot provoca în mod trecător tulburări psihice. Pentru calmarea durerilor la ostașii huni răniți s-a folosit decoctul Cannabis indica și concomitent efectului calmant s-au observat schimbări psihice. Asceții mexicani au folosit deja mescalina extrasă din catul peyot, pentru provocarea unor stări narcotice colorate cu halucinații. Înainte de cercetările psihiatrice, scriitori romantici ai secolului al XVIII-lea și mai târziu, pe baza aceleiași tradiții, Baudelaire s-a ocupat cu descrierea efectelor provocate de droguri.

Cercetările farmacodinamice începute la sfîrșitul secolului trecut au testat diferite substanțe active, pentru clarificarea acțiunilor care generează tulburări psihopatologice. O importanță fundamentală prezintă lucrările lui Beringer din 1930, care au fixat condițiile de bază ale experiențelor cu toxice narcotice: substanțele să nu fie provocatoare ale unor boli mintale grave, pe lîngă simptomele patologice provocate să rămînă capacitatea de orientare, de contact și de autocontrol și, în fine, să nu predisună la pericolul dezvoltării unei narcomanii.

W. Stoll este primul (1947) care raportează rezultatele experiențelor cu *L.S.D.* El accentuează că pe lîngă păstrarea capacității critice s-au manifestat halucinații vizuale, tulburări de gîndire și ale vieții senzoriale, cît și simptome vegetative și motorii. Starea aceasta — după Bonhoeffer — a fost considerată ca o *psihoză de tip acut exogen* și explicată prin diencefaloza ce rezultă. Din punct de vedere farmacologic el a clasificat *L.S.D.*-ul printre drogurile halucinogene împreună cu mescalina, hașișul, opiul. A accentuat că *L.S.D.*-ul trebuie să fie privit ca material de experiență, deoarece spre deosebire de

celelalte droguri are efecte în doze mici (10—30 gamma), iar bolnavii mintali manifestă o toleranță crescută față de acest produs. Tot W. Stoll a tras concluzia că starea de intoxicație cu L.S.D. nu este ceva specific și a presupus că nici stările provocate de toxicele narcotice nu sînt stări specifice. Asupra efectului terapeutic al narcoticului („șocul chimic”) nu și-a dat părerea definitivă, dar a ridicat problema posibilității de aplicare diagnostică a L.S.D.-ului. În fine, a atras atenția asupra observațiilor prețioase de psihopatologie care se pot obține în cursul experiențelor făcute cu această substanță. În urma experiențelor lui W. A. Stoll, mulți autori au experimentat la oameni sănătoși, bolnavi mintali și persoane neurotice, efectul L.S.D.-ului.

R. Blickenstoffer se ocupă în mod detaliat cu etiologia psihozelor de tip acut exogen reactiv (Bonhoeffer). Bonhoeffer a presupus apariția substanțelor toxice în organul atacat sau chiar în metabolismul creierului. Starea aceasta poate să se dezvolte în urma lipsei de alimentație, extenuare, febră, tulburări circulatorii ale creierului etc. Procesul de intoxicație care se dezvoltă poate să fie modificat pe de o parte de un agent toxic, iar pe de altă parte de alți factori patologici. Pe baza rezistenței bolnavilor mintali față de L.S.D., s-a format părerea că probabil niște substanțe asemănătoare cu acesta au rol în metabolismul bolnavilor mintali. În mod special a atras atenția faptul că L.S.D.-ul produce simptome asemănătoare schizofreniei.

Literatura crescîndă a ultimilor ani numește L.S.D.-ul, mescalina și altele cu efect asemănător, *substanțe psihogene* sau *halucinogene*, deoarece ajungînd în organismul omenesc provoacă simptome psihotice acute, care în mod practic apar în cîteva ore. Farmacopsihiatria încearcă să descifreze și să clasifice mecanismele neurofiziologice și biochimice răspunzătoare de simptomele psihozelor-model.

Prezentăm în continuare un caz de *intoxicație experimentală cu mescalina*. Materialul ce urmează să-l prezentăm este rezultatul experienței personale din timpul unei beții mescaline*.

* Comunicare prezentată de Ed. Pamfil, U.S.S.M., București, 1949.

Argumentul determinant pentru acest experiment a rezultat din marea diversitate a descrierilor obținute de la subiecții de experiență, de inconvertibile diferențe de limbaj și din frecvența mare de stereotipii superlative atunci cînd trăirile halucinatorii ajung la maximum, precum și de dorința de a trece prin aceste stări, incontestabil înrudite cu experiența delirantă pe care o aproxi-masem numai, urmărind descrierile predecesorilor mei sau al subiecților de experiență.

Doza de mescalina administrată a fost de 0,30 g. Experiența a început la o oră după ingerarea alcaloidului. Compania îmi era ținută de doi colegi psihiatri; aceștia au notat comentariile pe care le făceam, răspunsurile la diversele lor întrebări sau teste, reacțiile la discursuri de muzică, la stimulări senzoriale etc. Vom prezenta aici un material coroborat cu cel recoltat de asistenții lucizi.

1. La o oră după administrarea de mescalina apare o senzație de modificare a materiei corporale. Mă simt mai ușor, ca și cum m-aș emancipa treptat de atracția gravitațională. Ușoară stare de anxietate și de greață. Tremurături fine ale extremităților. Încerc să cînt la un instrument muzical familiar, dar degetele nu răspund. O bucată de zahăr e amară; o transpirație fină îmi umezește pielea.

2. Mă culc pe divan, rămîn cu ochii deschiși. Lampa devine o sursă de lumină pulsantă ca un fel de vietate transparentă. Ea e centrul de producere al unor unde luminoase, concentrice, care se răspîndesc diafane în spațiu. Abajurul e ca o rochie de dansatoare ce face piruete. Încep să fiu cuprins de senzația că pulsația luminoasă mi se transmite și mie, în întregime, ca o împregnare undulantă. Închid ochii. Sub pleoape se declanșează o extraordinară profunzime de motive luminoase. La început, vârtejul generator este situat în toată musculatura periorbitală. Tremurăturile fine musculare se transformă într-un fel de scăpărări uluitoare, care apoi se generalizează în tot câmpul vizual. Elementele acestea țin de caleidoscop, de spectrul solar, de curcubeu, de filmele colorate realizate în tehnicolor. Instabilitatea motivelor luminoase este mare și constituie o cascadă de toate culorile, de toate intensitățile, cu o prodigioasă bogăție de combinații decorative.

3. Deschid ochii. Întreaga cameră oscilează gelatinos. Parcă sînt prins într-o masă de gelatină tremurătoare. Mi se prezintă o serie de eșantioane de lîină colorată, care îmi apar oarecum normale, dar a căror culoare oscilează ca valoare și tonalitate.

Greșesc în sortarea lor. Când mi se atrage atenția, răspund : „n-are importanță, integrez esențialul, chiar dacă e o diferență”. Mă simt într-o ușoară stare de euforie ebrioasă. Nucleul anxios s-a transformat într-o relaxare generală.

4. Cu ochii din nou închiși, spectacolul întrerupt devine din ce în ce mai viu. Dar termenii de vocabular încep să fie depășiți de natura inedită a experienței: ceea ce se perindă prin fața ochilor nu mai e „spectacol”. Raportul de obiectivitate se șterge din ce în ce mai mult. Eu sînt, devin spectacolul prodigios de lumină, de fluvii scipitoare, de cascade de materie impalpabilă, incandescentă de ploaie, de perle strălucitoare și de spirale luminoase ca nebuloasele, spații visate, ocean fosforescent, alge translucide, pești de cristal, draperii unduitoare, stofe mătăsoase și catifelate ca-n tablourile baroce. Toate acestea au o inefabilă nuanță de stilizare schematică, de lume fizică mai mult decît vie.

Imaginea corporală suferă o dezagregare progresivă. Mîinile și picioarele își păstrează materia, dar se depărtează de trunchi la distanțe enorme. Mă „topesc” în spațiu ca o bucată de zahăr în apă. Substanța corpului se transformă în fenomenele luminoase descrise.

Halucinațiile nu conțin imagini simbolice. Toate sînt echivalente cu niște semne, dar nu sînt semne. Intensitatea lor este incomparabil mai mare.

Muzica (plăci) îmi ajunge de departe, ca dintr-o altă lume, fiindcă eu sînt una independentă acum. Sunetele sînt făcute dintr-un material transparent, foarte subtil, fără nici un atribut ponderal sau senzorial. Ea se insinuează și se confundă cu materia universului meu luminos și-l animează, imprimîndu-i pulsuni fantastice. Dar ea nu devine o cauză de modificare. Lumea aceasta este ne-cauzală, la fel cum e netemporală.

5. Sînt trezit din reverie de către experimențatori, pentru ca să fiu supus unui test de apreciere a timpului care mi se pare absurd. Spun : „timpul nu există, e o dimensiune ridicolă, e înlocuit cu ceva pluridimensional, infinit mai bogat”. Depersonalizarea e din ce în ce mai accentuată. Limitele mi se destramă, mă dizolv, sînt vast, ca un fel de spațiu stelar. Ajung la un fel de depersonalizare totală. Nu mai am corp. Sînt universul prodigios pe care l-am născut. „Sînt lumină, sînt legea fantastică universală ce animă această lume, fără margini...”. Voința, imaginația, respirația, totul se transformă imediat în acest univers halucinator plin de lumină. Vreau ceva și imediat „a voi” înseamnă lumină. Toate elementele exterioare sînt convertite îndată în acest mod unic și imens în

care m-am rezolvat. Nu mai am simțuri, fiindcă sînt un fel de sensibilitate uriașă, revenind asupra ei însăși. Spun : „nu există simțuri; totul e înlocuit de un suprasimț. E fals că vorbim de audiții colorate. Nu mai sînt sunete. E suprasonor, supra-luminos”. Sînt un fel de imens spațiu cosmic, în care cea mai fantastică lume de constelații, de cascade luminoase, de descărcări electrice în gaze rare, de fluvii incandescente, se mișcă după legi fantastice.

Spun despre muzica de Bach, pe care o aud : „Dacă aș fi pe pămînt, aș zice că e Bach; dar e infinit mai frumos”. Muzica de jazz naște o lume a la Hieronymus Bosch, dar în care figurile sînt mai fantastice și mai grôtești, mai stilizate și mai abstracte. „La catedrale engoulit” (Debussy) mi se pare că ar putea fi o cadență de acorduri grave; efectul e foarte puternic asupra halucinațiilor, care se animează neliniștit ca într-o furtună. Emoție puternică. Observatorii notează o expresie de transă contemplativă. Nu mai pot vorbi. Starea aceasta constituie o mare cheltuială afectivă, lăsînd după ea o oboseală de plumb.

Mi se citește ceva de Pușchin. Cuvintele se transformă într-un echivalent ce se topește în halucinațiile generale. Conținutul noțional e pierdut și vorbele devin fiecare, izolat, un fel de centru de iradiere pentru ceva, care nu mai e decît o tonalitate afectivă. Spun : „cuvintele sînt ca niște vîrfuri extreme, dincolo de care se dezvoltă structura fantastică a lumii luminoase. Frazele nu mai există. Cuvintele sînt legate prin rapoarte muzicale și decorative”.

6. După ora 13 rămîn singur. Înainte de plecarea asistenților, figurile lor îmi apăruseră animate de o mimică fantastică, raptacee, exprimînd stări absolut inedite, necunoscute, străine gamei de expresie habituală. Toată materia lumii înconjurătoare e o gelatină modificîndu-și încontinuu forma și de care nu sînt despărțit prin nici o însușire personală. Și eu sînt gelatină mișcătoare. O jumătate a corpului este mai mobilă, în chip de motilitate de meduză sau caracatiță. Portretele de perete îmi apar de un grotesc trist, ca animate artificial și viscos. Îmi privesc mîinile, care sînt cînd mari, cînd mici, ca și cum le-aș percepe printr-un binoclu întors. Oscilez tot timpul ca nivel de cunoștință. Trec la un moment dat prin sentimentul că sînt un personaj de tablou cu o existență abstractizată.

Mă dezbrac pentru ca să mă culc. În oglinda din fața patului văd un personaj asemănător lui „Adam” de L. Cranach și care nu este imaginea mea.

Încerc să mă învârt. Zahărul are un gust ușor dulceag. Îmi simt dinții dislocați. Îi controlez în oglindă, dar nu mi-e posibil să-mi evoc dantura în compoziția ei normală. Corpul și fața mi se modifică încontinuu ca formă. De asemenea, miinile, a căror substanță, esență somatică e alta decât a mea. Cîteodată mi le simt ca pictate într-un tablou vechi, sau îmbătrinite, sau foarte mari și inerte, fantastice. Maleza se accentuează. Păstrînd caracterile de nediferențiere personală — somatică —, mă scufund într-o lume din ce în ce mai figurativă, de Brueghel, Bosch, Dürer, Cranach, Grünewald. Se creează o imensă și infernal orînduită defilare de personaje. Eu sînt personaj, sau sînt personajele celelalte, ca și cum am fi în comunicație de substanță, cu limite nedeterminate, ca în sinul unui lichid, din care sîntem constituiți. Raportul de obiectivitate nu se instalează. Sînt mereu ceea ce văd, ceea ce se vede.

Lumea înconjurătoare mi se pare mult mai urîtă decît de obicei. Ordinea — normală — din cameră e dureroasă. Mucuri de țigări din scrumieră, cești de cafea, sînt elemente extrem de penibile. Încerc să fac ordine. Inutil. Toată camera e transformată. Materia e dezolantă, schimbată, meschină, săracă. Resimt, ceea ce îmi dă de multe ori privirea unui desen prost executat, un sentiment de transformare în urît, fără vreo altă modificare. Fac eforturi fantastice ca să devin clar. Conștiința oscilează ca valurile oceanului, între două extreme: una dezolantă, un fel de depersonalizare disperată, alta, un fel de confuzie vidă, omogenă. Personajele din tablourile de pe pereți sînt mereu animate de o mimică bizară, inexpresivă. Trăsăturile se modifică, fără să însemne ceva. Totalitatea acestor schimbări determină în mine o maleză, un fel de anxietate, care nu privește expresia personajelor, ci totalitatea afectivă, globală a lumii în care înot.

Tulburările de schemă corporală sînt ciudate. Dinții și maselele nu sînt la loc. Zgomotul lovirii lor e anormal. Toată cenestezia mi-e schimbată încalificabil. Mi-e imposibil să mă evoc în stare normală, așa cum am fost înainte de experiență.

Sting lumina și mă culc. Lumea de imagini fantastice mă prinde imediat. E un fel de călătorie fantastică de la Bosch la suprarealism. Încerc să mă detașez de cortegiul acesta monstruos, să mă văd în gînd, sprijinindu-mă pe unele date cenestezice (îmi mișc degetele, clilesc, înghit). E imposibil să mă reconstitui. Nu exist și nu am corp. Sînt sub cuvertură ca un sac plin cu bucăți dispartate de corp, pe care nu izbutesc să le integrez. Cînd se aprinde lumina imaginea corporală se reface sub controlul vizual.

Încerc să evoc un tablou cunoscut sau o fizionomie familiară. În locul evocării se dezvoltă elemente fantastice, ca și cum intenția mea ar servi numai ca impuls primitiv și nespecific pentru o activitate halucinatorie.

Apar momente de anxietate din cauza viziunilor. Încerc să spun în gînd un poem pe românește și apoi să-l traduc. Nu pot ajunge la sentimentul că reproducerea e corectă. Articulațiile gramaticale sînt laxe, nu mai au o ordine necesară în timp și cuvintele nu mai marchează o progreseune de durată. Parcă poemul stă pe loc, se întoarce, iar merge înainte și revine în cerc vicios. Cuvintele au un conținut foarte mic, rudimentar, ca într-o limbă pe care aș cunoaște-o numai ca sonoritate. Tremur continuu. Starea generală e dominată de o cenestezie foarte dezagreabilă. După un timp adorm cu o senzație generală de epuizare psihică și fizică.

Acest document experimental constituie o contribuție asupra modificărilor psihice globale ce însoțesc starea halucinatorie și elucidează, în chip expresiv, corelațiile între nivelul de elaborare a fenomenelor de automatism senzorial și gîndirea dereistică. Caracterul extrasocial al experienței halucinator-delirantă rezultă din sentimentul dominant al unor fenomene originare, fără nici o antecedentă experimentală, fără potențialul de comunicabilitate pe care le are intoxicatul. Pe această „pînză de fond” se organizează o reacție paranoică, cu dispariția gîndirii „prin referință”, cu convingeri absolute, cu un sentiment superlativ al persoanei.

Importanța modificărilor de imagine corporală, paralel cu alterațiile halucinatorii ale percepției senzoriale demonstrează că aceste două aspecte polare ale realității, lumea înconjurătoare și eul somatic sînt într-o corelație funcțională strînsă, rezultată din etapele de dezvoltare ale inteligenței. Halucinațiile nu sînt trăite cu o valoare simbolică. Nivelul general de înțelegere devine magic și din această cauză funcțiunea de raport între obiecte și semnele lor reprezentative își pierde sensul de utilitate. Cunoașterea halucinatorie este catatimică prin excelență și funcționează după mecanisme de „copenetrare”, de simpatie, de identificare substanțială. Cauzalitatea, principiul posibilului, structurarea temporo-spațială etc. sînt înlocuite cu nivelul primitiv al gîndirii oniroide.

Un alt aspect de importanță al modificărilor studiate constă în împletirea fenomenelor de depersonalizare cu activitatea halucinatorie. Cu cât aceasta din urmă se intensifică, cu atât sistemul de referință somatică, personală devine mai inutil. Această „basculare” a raportului dintre persoană și lume alimentează procesul de depersonalizare și difuzează conștiința spre nivelele mai primitive.

Experimentul halucinator ne-a demonstrat că eliberarea automată nu se poate produce fără o denivelare de conștiință, care permite astfel un cuplu dinamic între delir și halucinații.

Unele accidente grave, frecvent survenite în Occident unde printre alte practici excesive ale libertății anarhice se numără și consumul de L.S.D., trebuie considerate ca *proces schizofrenice* declanșate de intoxicația alcaloidă. Totuși, administrarea antidoturilor substanțelor halucinogene nu aduc ameliorări schizofrenilor, și cu toate similitudinile dintre schizofrenie și psihoza mescalinică ele nu sînt identice nici simptomatologic și nici evolutiv. Administrarea de L.S.D. la schizofreni nu agravează boala, ci dimpotrivă, e mai bine tolerată decît la indivizii normali.

Problema *mediatorilor chimici cerebrali* în schizofrenie s-a pus mai de mult în legătură cu *acetilcolina*, și mai nou, privitor la *serotonina*. Se crede că o tulburare a lanțului metabolic care conduce la geneza serotoninei este implicată în schizofrenie. Dar, se știe că repartitia serotoninei în sistemul nervos central nu are o proporționalitate umorală sau de masă, ci o distribuție electivă foarte complexă. Noradrenalina derivată din tirozină este un alt mediator cu o foarte largă distribuție interneuronală cerebrală. Ea predomină în centroencefal, în general, și e inactivată de monoaminoxidază. Adenocromul și achenolutina sînt metaboliți deviați ai adrenalinei. Toate aceste substanțe „joacă” pe claviatura psihogenezei și pot fi undeva implicate în modificările schizofrene.

În literatura de specialitate a făcut o oarecare vîlvă descrierea unei proteine serice caracteristice în schizofrenie (*taraxeina*). Lucrările ulterioare n-au tranșat discuția într-o manieră univocă. Taraxeina rămîne mai

mult un semn de întrebare la fel ca *ceruloplasmina*, o alfa globulină asociată cu un transport de cupru care crește în concentrație în schizofrenia acută. Dar concentrația ei variabilă în normalitate în funcție de regimul alimentar, emoții etc. crește și în alte boli.

Investigațiile *derivațiilor indolici* a condus la identificarea în urina schizofrenilor a unei amine anormale care ar trebui să fie toxică. Dar ea nu este specifică pentru schizofrenie! Dealtfel, posibilitatea ca o toxină să fie cauza schizofreniei i-a urmărit pe cercetători mai mult de un secol. Kraepelin a fost primul care a sugerat, primul la sfîrșitul secolului al XIX-lea, că „autointoxicația” ar putea fi cauza schizofreniei.

Electroencefalografia schizofrenilor nu este de luat în considerare decît atunci cînd sugerează existența unei suferințe, respectiv leziuni organice, sau cînd oferă o imagine asemănătoare cu modificările epileptice. În derivările hipotalamice sînt unele argumente pentru existența unor anomalii destul de constante (acțiune atenuată a frigului, puternic răspuns la adrenalina intravenoasă). S-au descris unele „vîrfuri electrice” existînd numai la schizofreni. Potențialele evocate, studiate în condiții farmacologice (psihoze induse, delir experimental) au furnizat date care prezintă interes și deschid — probabil — căi de cercetare. Somnul și visele schizofrenilor au alte date E.E.G. decît media normalilor.

Valoarea etiologică a tuturor acestor date, respectiv posibilitatea lor de a fi prelucrate într-un sistem explicativ-causal, este foarte puțin probabilă și încurajatoare. Dincolo de asemănări fenomenologice, de constatări care se opresc la „ca și cum”, sau „la fel ca”, e din ce în ce mai evident că biopatologia schizofrenilor ține de o complexă dereglare și tulburare *endogenă*, cu rădăcini constituționale și cu *potențări plurifactoriale*.

În ultimele decenii, *factorii psihosociali* au devenit semnificativi pentru studiul schizofreniei ca și pentru întreaga interpretare teoretică a patologiei mintale. Răsfoind literatura, interesați de problemele schizofreniei, vom găsi numeroase contribuții sugestive pentru rolul mediului familial și în general al *atmosferei socioculturale* în care se „schitează” în copilărie coordonatele viitoarei persoane adulte. E unanim admis că

viitorul schizofren trăiește o perturbare a relațiilor familiale, o constelație afectivă limitantă a raporturilor preferențiale, de fixare excesivă pe unul din părinți dublată de competiția fraternală, gelozie și rivalitate. Aceste torsiuni și anomalii ale câmpului de relații intra-familiale pot pregăti o traiectorie anormală de dezvoltare infantilă sau juvenilă (*preschizofrenia*). Evenimentele traumatizante afectiv pot deveni acceleratoare și precipitante de boală (divorțul părinților, atmosfera psihopată, pierderea unei afecțiuni majore prin moarte etc.).

Peste toate considerațiile socio-culturale și familiale, domină ca un leitmotiv, *personajul matern*. Mama, ca reprezentantă primordială a lumii, ca sursă de afectivitate absolută și generator al tuturor modelelor pe care copilul le va „proiecta” peste suprafața nediferențiată a realității, joacă — spun sociopsihiatrii și clinicienii schizofreniei — un rol hotărâtor în destinul dezvoltării individuale. Conduita maternă, care apare ca cea mai nocivă, constă fie în modalitatea sufocantă, fie în maniera de sustragere față de copil, ambele ducând la perturbarea raporturilor afective, la diminuarea experiențelor copilului cu lumea exterioară sau la o carență a identificării copilului datorită unei imagini materne inconsistente. Totul rămâne clar și aproape evident pînă la întrebarea: de ce pierderea, coruperea, desfigurarea sau ostilizarea mamei se organizează apoi într-un proces de metamorfoză schizofrenică? Această discuție generală se poartă pe o arie foarte extinsă fiindcă pleacă tocmai de la convingerea plurifactorialității și convergenței complexe în determinismul acestei psihoze. Schizofrenia este un proces, o cauzalitate multivalentă în mers, un potențial nefavorabil și evolutiv care face ca tiparul general al existenței individului să alunece progresiv din țesătura reciprocității omenești în spațiul singuratic al imaginarului și plâsmuirii. Istoria unui schizofren, oricare ar fi ea, se reduce la traiectoria unei persoane care se pierde progresiv în lumea autismului și depersonalizării.

Cele mai ample studii psihodinamice s-au efectuat în S.U.A., colectivele lui Lidz și Bateson fiind cele mai cunoscute. Mediul psihologic a fost studiat exhaustiv ca principală cale de a descifra etiologia în speranța

instituirii unui tratament adecvat. Și totuși *teoriile psihodinamice* sînt criticate, deoarece un copil schizofren cere — poate — o astfel de mamă, care încearcă diferite modalități de a se apropia și a-l proteja, iar acest lucru e etichetat ca psihotraumatizant și inconsistent. În plus, s-a observat că niciunul din tratamentele somatice ce au adus ameliorări în schizofrenia adultului nu au fost eficace atunci cînd au fost aplicate la copil.

Există alte păreri autorizate ce susțin că factorii sociologici ocupă cel mai important loc în geneza psihozei discordante. Studiarea atentă, detalierea și nuanțarea lor vor aduce, desigur contribuții la dezvoltarea tratamentului psihologic, a psihoterapiei.

În concluzie putem afirma că este prematur azi să vorbim riguros despre etiopatogenia schizofreniei și să trăim cu impresia că odată cu extinderea cercetărilor, „mirajul” schizofreniei se îndepărtează de noi. În psihiatrie, așa cum am arătat, explicațiile teoretice noi împing cu o treaptă cauzalitatea primitivă: la început schizofrenia însemna demență precoce, apoi disociația gândirii, prin organo-dinamiști ea reprezintă o atimhormie, apoi s-a enunțat etiologia celulară și, în sfîrșit, azi se caută determinismul la nivel metabolic. Nu putem enunța dacă un factor corelat constituie o cauză a schizofreniei sau un efect. Dealtfel, a căuta cauza schizofreniei înseamnă azi, a alerga după himere. Nici nu se mai caută cauza, ci cauzele schizofreniei și eventuala organizare în timp (*determinare pluricauzală*). Și pînă cînd se va descoperi un determinism specific al dezastrelor schizofren, orice contribuție este binevenită și ne ajută să ameliorăm factorii perturbatori auxiliari și agravanți ai procesului psihotic.

Schizofrenia se încadrează în formele grave de suferință mintală al căror rezultat constă din bulversarea progresivă a persoanei și a raporturilor sale cu realitatea și grupul de inserție socio-cultural. Ceea ce subliniază caracterul fundamental al acestei psihoze este pierderea unității sufletești, o diviziune intrapsihică în elementele constituante, între care dispare legătura sistemică și deci funcția de integrare a bolnavului în realitate. *Disociația* sau *dislocarea intrapsihică* antrenează după sine pierderea raporturilor normale și a contactu-

lui viu cu conținutul și formele ambianței. Lumea se dezorganizează ca reprezentare și intenționalitate. Efectul acestei generalizate fragmentări și confuzii de planuri psihice instituie o gravă atingere, asemănătoare unei segregări haotice a coerenței și sincronizării psihice.

Cu toată diversitatea curentelor existente în psihiatria contemporană, este evident pentru orice psihiatru din a doua jumătate a secolului al XX-lea că doctrina schizofreniei a provocat o excepțională dezvoltare a psihopatologiei. Paul Guiraud este chiar de părere că schizofrenia este doar o formă patologică de gândire, dar nu o boală mintală. Ea poate fi — ne spune Guiraud — un capitol de psihopatologie, însă nu-și găsește justificarea prezenței într-o clasificare clinică. Deși teoria schizofreniei s-a dispersat pe un câmp de comentariu vast și multidisciplinar, ea rămâne totuși formulabilă în termeni clinici de psihopatologie, provocând o inegală dar continuă eflorescență a științei psihiatrice, a dialecticii dintre boala psihică și normalitate.

Descrierea simptomatologică (**semiologia schizofreniei**) e practic fără limite. Fenomenologia clinică seamănă cu rolurile multiple jucate de un mare actor care trăiește și se transpune sub măștile diverse și disparate ale rolurilor încredințate de regizor.

În multitudinea de forme clinice, *sindromul fundamental* al disociației halucinator-delirante, desfășurându-se intricat cu autismul și depersonalizarea, constituie sistemul de referință și identificare a unui psihism care parcă a „explodat” în bucăți, devenind imprezicibil și dificil comprehensibil. În acest sens, disociația exprimă dezagregarea specific schizofrenă a fenomenelor psihice, atenuarea până la dispariție a principiilor și regulilor de coordonare și constelare psihică. Formele vieții mintale disociate sînt fără contur și prinse în ceața misterului, iar dinamica procesului schizofren constă în retragerea spre nemișcare și ermetic, prin ieșirea dincolo de coordonatele temporal-spațiale.

La începutul bolii (mai ales) se întîmplă ca bolnavul să posede conștiința modificărilor intervenite în urma alterațiilor structural-dinamice („se întîmplă ceva

neclar cu mine”, „lumea s-a schimbat” etc.). Această conștiință îi dă o trăire penibilă, chinuitoare, misterioasă, explicabilă pentru el prin acțiunea unor forțe străine și adverse, care îi influențează și conduce gîndirea independent de voința lui. Acest fenomen este denumit *automatism mintal* și se caracterizează prin sentimente de influență, de acțiuni oculte și magice.

Legăturile adevărate, circuitul normal de înțelegere și acțiune între individul bolnav și lume sînt înlocuite cu sărăcia izolării și insularizarea autistică. În acest sens, Minkowski susține că punctul crucial al sindromului schizofren este „pierderea contactului vital cu realitatea”. Dezintegrarea unității funcțiilor psihice în schizofrenie se realizează prin atenuarea pînă la dispariție a reciprocității, dialogului și circuitului recurențial între persoană și lume. *Autismul* se situează — ca și visul — dincolo de sursele și orizontul interuman al limbajului. Așa cum în vis realitatea exterioară se suspendă — mai mult sau mai puțin — tot așa în autism deschiderea spre lume se șterge și îndepărtează, iar schizofrenul trăiește într-un microunivers al său, aparte, repliat pe sine. Autismul nu este o atitudine activă, o retragere din lume pentru a se scufunda într-o activitate imaginativă, ci este rezultanta procesului de derealizare și depersonalizare.

În viața psihică normală identificăm o polarizare, tensiune și dirijare activă spre un scop, țel sau ideal, așa încît ea nu se desfășoară după un model de hazard sau indiferență. Or, la schizofren dezinteresul înseamnă tocmai pierderea acestui caracter, așa de tare, încît el devine cea mai gravă schimbare a psihismului, atît în ceea ce privește propria persoană cît și lumea. Rezultanta dezinteresului nu poate fi alta decît sterilitatea intelectuală, care uneori poate fi aparent marcată de fenomene compensatorii, de neproducție.

Delirul schizofren apare ca nesistematizat și greu explicabil, detașându-se treptat de coordonatele și sensurile realității, învăluit de incomprehensiunea generală. Uneori delirul debutează la suprafață și atunci avem un sentiment de aparentă accesibilitate. De aici cunoaștem o serie de teme delirante (de influență, de relație, grandoare, umilire și vinovăție etc.) dar natura

autismului și delirului este străină și chiar contrară organizării și expresiei în general, deci și celei lingvistice. Dorința umană de înțelegere ne face să descoperim sau să atribuim semnificații pe un material practic indiscutabil. Pe măsură ce delirul halucinator evoluează, rămân numai niște rudimente abstracte din vechiul „discurs” care revin fără încetare în limbaj ca niște automatisme. Această descriere succintă are o valoare de orientare pentru toate delirele schizofrene.

La unii bolnavi delirul constituie fenomenul major, dominant al tabloului patologic, la alții el apare numai schițat schimbător, fără nimic fix, netranzitoriu. Întâlnim alte cazuri când după un puseu delirant acut în care producția paralogică se dezvoltă exuberant și rapid intervine o acalmie, o perioadă de liniște aproape completă în care nu mai dăinuiește decât un „fond” de dezinteres, inactivitate și inerție. La o oarecare distanță apar apoi recăderi ce marchează progresiunea bolii.

Structura logică a gândirii schizofrene este atât de profund perturbată în delir încât (după E. Pamfil și Șt. Stössel) îl definește. *Și cel mai „logic” delir este inevitabil ilogic.* Prin definiție delirul este neintenționat, expunerea lui este neadresată și lipsită de finalitate obiectivă. Gândirea delirantă nu este susținută de intenții, deoarece nu este capabilă de reflectarea anticipatorie a realității și, în plus, se dezvoltă într-un spațiu-timp nepolarizat de realitate. Schizofrenul își adoptă ideea sa delirantă prin sentimentul irezistibil al convingerii și solidarității catatimice.

Tot ce înregistrăm ca fenomene defective în psihismul schizofren este instaurat prin disociație și autism, nealimentare a creierului din realitate sau invers, lipsa emisiei spre lume. Autismul — la capătul lui — ne apare ca suprema catastrofă psihică ce nu lasă decât un contur fără conținut, o imagine a ceea ce era odată conștiința. Rezultatul devine anihilarea progresivă a persoanei psihotice (depersonalizarea), *transformarea existenței într-o antiexistență.* Și astfel rădăcinile schizofreniei le cităm în tot individul uman, la toate nivelele existentului ea fiind o *psihoză generalizată care „rupe în bucăți” organizarea triontică (EU-TU-EL) a persoanei umane.* Anomalia se extinde pe toată dimensiunea

nea insului afectat de boală, deși nu proporțională dar posibilă oriunde, de la diencefal până la imaginație.

Activitatea schizofrenului e net deosebită de a normalului și nu mai e accesibilă celorlalți. Demarcația între delir și gândirea normală este netă și constituie un spațiu gol, o terra incognita, care ni se relevă ca o lume paralelă și foarte puțin tangentă, prin analogii didactizante, cu cea reală.

Depersonalizarea semnifică pierderea unității interioare, a facultăților psihice, alterarea capacității de a realiza legătura între trecut și viitor, schimbarea prezenței bolnavului printre ceilalți oameni. El se retrage sub presiunea unei înlocuiri a prezenței printr-un vid, o enigmă, printr-o pseudonoutate ce nu mai este în legătură cu istoria reală a individului, care e un fel de produs al unei pseudomemorii sau al imaginației care și-a schimbat tematica până devine un depersonalizat. Dar, distanța alienantă față de noi nu funcționează numai în defavoarea comunicării cu cei sănătoși, ci și față de realitate (*derealizare*).

Aceste trei criterii psihopatologice (disociație, depersonalizare și derealizare, autism) reunesec și rezumă — așa cum am văzut — excepționala varietate de manifestări clinice a schizofreniei denumită — pe drept cuvânt — o unitate a varietăților în care funcțiile psihice se destramă, scindează, devin pentru noi forme paradoxale (Bleuler, H. Ey, E. Minkowski etc.). Ceea ce explică dificultățile de diagnostic și clasificare a manifestărilor clinice. Totuși criteriile pragmatice, semio-logice, funcționează eficient în clinică și ne permite o bună administrare diagnostică și terapeutică.

Simptomatologia atât de amplă a schizofreniei în care ne putem ușor rătăci sau încurca, se reduce progresiv prin încadrarea simptomelor în *sindroame* relativ delimitate (halucinator-delirant, depresiv, anxios etc.) ce nu se instituiesc haotic, ci după un stereotip clinic de dezvoltare (Șt. Stössel). De la forme inițial simple se trece, după o anumită lege de ordonare, spre sindroame complexe. De exemplu, un depresiv poate evolua spre un tablou depresiv anxios și apoi depresiv delirant, iar un halucinant delirant evoluează spre schizofrenie și oscilații circulare ale tabloului clinic.

Debutul schizofreniei poate fi „peste tot și în toate chipurile”. Acest enunț al clinicienilor de la începutul secolului al XX-lea a rămas valabil și azi, dar semnificațiile lui s-au modificat simțitor, deoarece direcția majoră de dezvoltare a medicinei îmbogățește și capitolul schizofreniei cu dimensiunea profilaxiei. Răsunetul clinic al tacticii și strategiei profilactice redeschide rubrica formelor de debut ale bolii, a fenomenelor preparatorii sau premonitorii, prin raportul direct proporțional între șansele terapeutice și precocitatea de diagnostic. În favoarea unei astfel de orientări în psihiatria contemporană pledează faptul că toate considerațiile patogenețice formulate de psihopatologi nu au rămas capitole ale unor sisteme explicative, ci au servit ca repere pentru gândirea clinică, au difuzat în aria semiologiei psihiatrice. Dealtfel, nuanțele lor au devenit criterii fine de analiză pentru fenomenologia debutului de boală, pentru stabilirea modurilor de trecere între personalitatea pre-psihotică și primele ei alterații.

Masivitatea expresivă a fenomenelor din perioada de stare a schizofreniei este precedată de o mare varietate de transformări ale raportului complex dintre individ și lume, dintre funcțiile de realitate și conștiință. În general, istoria unui bolnav de schizofrenie se construiește într-o primă perioadă din aspectele și transformările unei persoane ce se dezvoltă defavorabil, dizarmonic, fără eficiență, alunecând progresiv spre alienare. Scăderea funcțiilor de realitate va duce inevitabil, prin ordine de consecință, la dislocarea personalității.

Pentru orice discuție pe marginea formelor incipiente de schizofrenie se impune reamintirea unui fapt statistic foarte semnificativ: din cele 4—8% cazuri de psihoză disociativă (conform cifrelor controlate de O.M.S.), 30% nu sînt marcate de antecedente semnificative, de tulburări nevrotice, de trăsături care să capete ulterior o semnificație premonitorie. Pasul în boală se realizează dintr-o dată, fără un „crescendo”, fără nuanțe, ca în unele piese orchestrale unde cantitatea de sunete este egal de intensă din primul acord. Pentru restul de 70% din cazuri însă, capitolul debutului, al schizofreniei incipiente, este de o excepțională varietate și totuși pe cît e de polimorfă, pe atît de puțin este patognomică.

Pare-se că niște „repere” simptomatice pe care unii autori le-au indicat ca valabile pentru identificarea transformărilor de debut ale schizofreniei vizează structuri mintale deja complexe. Așa sînt, de exemplu, fenomenele de depersonalizare și derealizare cu automatismul mintal ce le dublează, la fel ca și unele atitudini delirante, închistarea catatonică ș.a.m.d. Schema cronologică de organizare a acestora poate să fie continuă sau cu reluări, rapidă sau trenantă. În general clasificarea clinică distinge: *forme progresive și insidioase* (H. Ey) care realizează evoluția lentă de la pseudo-nevroză și caracteriopatie pînă la schizofrenie și altele care se instalează zgomotos, printr-un *dramatic episod delirant sau catonic*. Între aceste varietăți oarecum extreme se situează *formele oscilante*, ciclice, instalarea în pusee din care revenirea nu are loc niciodată la „linia de plecare” ci, într-o textură generală schizoidă a personalității.

Plecînd de la studiile de caracterologie, s-a admis că antecedentele schizofrenului se combină într-o formulă generală (*schizotimie*) care se definește printr-o introvertire meditativă și abstractă, prin încăpăținare și contemplație greu penetrabilă din afară. Din schizotimie, îngroșarea anormală a trăsăturilor caracteriale face trecerea spre schizoidie. Kretschmer construiește în anul 1936 o teorie comprehensivă a constituției schizofrene și inventează pentru aceasta cuvîntul schizoid. În același timp realizează o paralelă între structura de bază a schizofrenului și maniaco-depresivului. Tot el enunță trei grupe de trăsături caracteristice *schizoidului*:

- asocial, liniștit, reticent, serios, excentric,
- timid, rușinos, delicat, „nervos”, excitabil,
- consistent, docil, stupid.

Introversiunea devine aici izolare, însingurarea misterioasă este întreruptă de agresivitate, reveria se „coagulează” în gândirea delirant-interpretativă, tendința spre abstracție devine rigiditate pînă la intransigență și dezadaptare socială. Această existență specială după modalitatea schizoidă pare să fie prezentă la mai mult de jumătate din viitorii bolnavi de schizofrenie. În termeni caracterologici vorbim de o schizofrenie evolutivă,

de o progresivă îngroșare a linilor din portretul schizoidului. În acest sens asistăm la scăderea treptată a activității, pierderea elanului și a interesului pentru muncă, detașarea inertă de școală. Inactivitatea devine notorie, vidul de acțiune fiind un fel de văl general de plictiseală și dezordine ce se extinde progresiv. Schimbările dese, insolite și nemotivate de viață, hoinăreala fără scop, dezordinea și neglijența care-i invadează actele mărunte, prăbușirea randamentului școlar ș.a.m.d. fac din schizoidul în desfășurare un asocial, un dezadaptat progresiv. Dealtfel, neutrală și inactivă, indiferența rece și impersonală nu întârzie să instituie în jurul acestui „preschizofren” o atmosferă rarefiată și distantă, iar canalele numeroase ale comunicării interumane nu mai pot stabili și întreține contrapunctul schimburilor afective și ideative. Prietenii ca și simpatiile se șterg, devenind anoste și inutile.

Zîmbetul dispare din mimica schizoidului și e înlocuit prin rînjit, prin expresia de proastă dispoziție, morocănoasă și agasă, uneori întreruptă de neașteptate activități, alitudinilor sau sentimente fără legătură cu contextul momentan. Acestea sînt pe cît de paradoxale, pe atît de inconsistente și capricioase. Entuziasme „de o zi” pentru lucruri fără mare importanță vin și trec fără o motivație valabilă și ceea ce reunește această succesiune de întâmplări din ce în ce mai ciudate este o atmosferă de artificial, de neautentic și disparat.

Comportamentul social își pierde progresiv fluiditatea, previzibilitatea, caracterul de apartenență și comunicare. Ostilitatea față de familie, în general, și în special contra unuia din părinți, este totdeauna prezentă, derivînd progresiv dintr-o contrarietate ambivalentă de sentimente. Atașament-repulsie, dependență-revoltă, interes-detașare etc. sînt cupluri ce se descumpănesc progresiv, alunecînd spre un pol de agresivitate și ură.

Prins progresiv într-o țesătură de situații contradictorii din care e din ce în ce mai înapt să găsească o ieșire pragmatică, de la sexualitate și pînă la sistemele improvizate de filosofie, *preschizofrenul* realizează o modificare a caracterului care contrastează cu propriile lui antecedente și ne atrag atenția asupra anormalității implicate în toate aceste variante, mergînd de la insin-

gurarea agresivă și megalomanică la originalitatea ostentativă și abruptă. Toate aceste modificări ale caracterului frapază și intrigă. Cei din jur notează schimbările progresive, comportarea din ce în ce mai aberantă, izolarea, acțiunile „secrete” și neîmpărtășite cu cei din jur. Schizoidul care glisează pe panta procesului patologic, devine ursuz și retractat, nici nu oferă și nici nu atrage simpatia semenilor. Alteori o veche și constituțională discreție și timiditate se încarcă de aroganță și agresivitate, e străbătută de gesturi și poze de bruschețe și intoleranță orgolioasă.

În general nu există o schemă a acestei deveniri regresive a personalității schizoide. În unele cazuri, perioade îndelungate de adolescență pot să nu fie marcate de nici o schimbare importantă a profilului schizoid „structurat” la pubertate. Alteori, etapele evolutive (aggravante) se desfășoară după un plan inexorabil de descompunere progresivă a coerenței și sinergiei funcțiilor psihice.

Alunecarea progresivă și lentă, dezorganizarea patologică a personalității schizoide care va ajunge la psihoză, poate să se sprijine fie pe o formulă de metamorfozare caracterială, fie pe o prealabilă *transformare nevrotică* ce apare astfel ca un antecedent dinamic al procesului schizoid. Este relativ frecventă pentru observația clinică așa-numita elaborare sau pregătire nevrotică a schizofreniei incipiente. Îmbrăcînd forma oricărui dintre sindroamele de tulburare ale adaptării, alura nevrotică a preschizofrenului a alimentat un vast capitol de clinică a schizofreniei, constituit din fenomene isterice, obsesive și anxioase.

Uneori convertirea în catatonie sau agresivitate a *crizelor isterice* se realizează destul de brusc. Alteori tabloul clasic al isteriei se schimbă treptat de la excitația teatrală la impulsivitatea megalomană, din contextul simptomelor pseudo-neurologice în comportament și psihomotricitate catatonă, din „teatrul” egoist și egocentric în izolare tenebroasă, autistă. Alteori, fenomenele disociative se insinuează treptat printre manifestările îngustării și simplificării de conștiință din această pseudo-isterie.

Atunci cînd *preocupările obsesive* sînt „soluționate” prin intuiții delirante, prin trăirea unor influențe stranie și depersonalizante, se întîmplă o denivelare de la planul stereotip și steril al obsesiei în acela mai progresiv — pentru moment — al delirului. Episodul marchează însă tranșant depășirea fazei preliminariei a schizofrenizării. În alte cazuri, obsesiile nevrotice sistematizate și împărtășite ambianței se transformă progresiv în ritualuri bizare, secrete și ascunse, care substituie comunicarea normală.

Anxietatea constituie o poartă posibilă a schizofreniei. Neliniștea atopică, insesizabilă, se amplifică pînă la „explicația” delirantă a influențelor exogene, a pierderii intimității, a intervențiilor de la distanță asupra propriului corp. Și astfel nevroza anxioasă poate să constituie o matrice disociativă, în măsura în care tensiunea anxiogenă se investește de explicații xenopatice. Cu alte cuvinte, în măsura în care imposibilitatea comprehensivă a anxietății și angoasei face loc unei obiectivări explicative, pseudo-raționale dar în fond delirante.

Și pe o *alterare psihopatică* a personalității se poate „broda” un proces de dezagregare schizofrenică. Insolita modificare a funcțiilor etice, comportamentul opoziționist și anafectiv, pierderea prietenilor și simpatiilor prin indiferență și cinism se combină cu alterații ale gândirii, cu o dereglare generală a timiei oscilînd între stupoare și agitație. Prin această modalitate disociativă, ceea ce părușe o vreme a fi o furtună de „moral insanity” virează spre schizofrenie. Acest aparent psihopat, pervers antisocial, infractor, va deveni însă progresiv disociat și confuz, cu episoade de izolare și raptusuri de comportare fantastico-absurdă. Dar toate fenomenele nevrotice și cele aberante (psihopatice) pe care le-am enumerat își primesc amprenta de patologie preschizofrenică prin instalarea progresivă în „spatele” și „dedesubtul” lor a transformării delirante.

Delirul devine semnul major al afirmării și dezarticulării funcțiilor unificatoare de conștiință și prin aceasta el stă la hotarul indiscutabil al psihozei, constituind forma dominantă de existență patologică în care confluează progresiv fenomenele premonitorii. Așa cum gândirea reflectă și „cîntărește” explicit realitatea, de-

lirul reflectă raporturile dintre conștiința patologică alienată și realitatea deformată a nebuniei. Pe această tramă delirantă apare materialul *halucinator* și convingerile de influență, aservire, pierderea voinței și secretului interior, astfel încît persoana bolnavului nu se mai împarte echilibrat între spațiul interior al subiectivității și orizontul lumii obiective.

Ideile delirante apar fără o istorie preparatorie, cu un fel de spontaneitate întîmplătoare care-și trădează însă de îndată structura și dinamica. Acest sentiment al intervenției unor forțe exogene, extramintale în viața sa psihică îi dă pacientului o penibilă trăire de denu-dare, de extrovertire forțată. Trăiește sentimentul că gândirea îi e citită direct, furată, înregistrată de la distanță. Activitatea psihică se convertește într-o succesiune automată de momente, „teme”, intenții fără apartenență ca și cum cîmpul de conștiință este din ce în ce mai mult un loc de întretăiere al unor forțe străine și ostile. Gîndirea delirantă este derivată dintr-o interpretare sau din convingeri intuitive în legătură cu experiențe fundamentale de ostilitate, frustrare, persecuție, otrăvire, posedare diabolică sau erotică ș.a.m.d. Pînă la urmă, toate evenimentele și relațiile umane care-l înconjoară pe pre-schizofren primesc o distanță și o răceală raționalizată ca un experiment obiectiv. Minkowski vorbea în legătură cu aceasta de faza „raționamentului morbid”, detașat și inutil, fals în premisele sale și neprivind pe nimeni în concluzii.

Există și *forme de debut zgomotoase*, explozive, cu o furtunoasă prăbușire a tuturor barierelor logice, cu invaziunea masivă a gândirii delirante. Halucinațiile, experiența puternic anxiogenă a depersonalizării, intuițiile delirante, metamorfoza paranoidă a lumii, toate „cresc” dintr-o dată. După o dezorientare inițială, întreg „aparatul” de transformare delirantă e prezent și se instalează în toate dimensiunile conștiinței. Bolnavul realizează uneori fazele dramatice ale unei lupte de rezistență, dar partida este repede pierdută, fiindcă relația dintre persoană și lume este de la început pusă sub semnul unei concomitente dezorganizări instituind fenomenele depersonalizării și derealizării.

Clinicienii cunosc debuturi de chip *psihotic acut*, mimînd mania, melancolia, confuzia mintală și adăugînd într-un context atipic acestor psihoze elemente caracteristice, timbrul, marca, disociativ-delirantă a schizofreniei. Așa se face că o *manie atipică* amestecată cu halucinații, cu sentimentul furtului de gîndire, al rezonanței la distanță etc. . . nu va fi niciodată o manie, ci, un debut de sindrom discordant. Același lucru se poate spune despre *stări depressive atipice* ca și despre *sindromul confuzo-oniric* care la începutul secolului al XX-lea îi părea lui Regis în directă înrudire cu schizofrenia. Deosebirea fundamentală dintre aceste forme și delirul acut stă în curba lor evolutivă. Fenomenele halucinatorii și de automatism mintal, experiența delirantă în ansamblu poate să capete progresiv un fel de distanță neutră față de trăirea intens catatimică de la începutul bufeului. Dar, oricum, dificultatea de diagnostic diferențial rămîne apreciabilă.

Pentru toate debuturile posibile cu caracter psihotic, indiferent de structura și modelul lor (maniac, depresiv, confuzo-oniric sau delirant-paranoic), clinica a subliniat întotdeauna „marca” schizofrenică, *atipia* tuturor acestor varietăți, deviația lor de la modelele clasice nosografice și mai ales diferența dinamică și de conținut. Astfel, așa cum delirul acut schizofren apare ca o neoproducție pe un fundal disociativ, excitația maniacală folosește un material mult mai puțin afectiv, mai abstract, introvertit, interpretativ. Vivacitatea bolnavului nu mai este hipertimică și contagioasă, ca orice bună dispoziție, ci stranie și febrilă, exprimînd o tensiune de afirmare delirantă mai mult decît o necesitate de comunicare cu mediul. În aceeași măsură o melancolie care preludiază procesul disociativ va fi întrețesută de atmosfera delirantă, de anxietate, de culpabilitate complexă și simbolică. Ea va reuni atitudini contradictorii „megalomanie și autoacuzare” și mai ales nu se va plia tratamentului clasic al melancoliei.

În ansamblul problemelor generale ridicate de pre-schizofrenie și de debutul psihotic, evoluția lent progresivă și modalitatea acută se pot prezenta sintetizate — oarecum — în varietatea *ciclică*. Pe un fond schizoid sau pseudo-nevrotic apar pusee acute de alură schizo-

frenă. Conținutul fenomenologic al acestor „pulsatii psihotice” este delirant catatonic, hiponoic-istic, maniacal, cu trăsături disociative, sau depresiv, impregnat de sentimente relaționale sau de negativism. În totalitatea lor și în varietățile deosebite se distinge întotdeauna textura procesului disociativ, a detașării autistice și a pulsioniilor ambivalente.

Pare-se că după două-trei asemenea crize remittente se instalează evoluția cronică. Formele de debut denumite *monosimptomatice* se referă cel mai frecvent la dramaticele debuturi prin crimă. Victima este cu precădere unul din părinți (mai ales mama) sau alte persoane fără legătură cu bolnavul. Impenetrabilă, nemotivată, rece și crudă ca un experiment, *crima schizofreniei* incipiente constituie o speță medico-legală complexă și misterioasă. Alteori sîntem martorii unor mai puțin tragice întîmplări care deviază din „senin” existența bolnavului, împrumutîndu-i caracterul enigmatic de neînțeles, imprevizibil. Așa apar raptusuri de destrăbălare la fete tinere, agresiuni absurde, fugi, tentative bizare de sinucidere, automutilări.

Și descrierea este practic fără limite, dar numitorul comun al acestei galerii de comportamente nemotivate și stranii este destul de aparent disociația halucinator-delirantă intricată cu autismul și depersonalizarea. Polimorfismul și nespecificitatea fenomenelor de debut ale schizofreniei implică recomandarea unor investigații cît mai analitice și cît mai detașate de o schemă diagnostică anticipativă. În plus, *observația longitudinală* completează — întotdeauna — acele imagini de boală psihică care la început aveau mai multe semnificații posibile. De aceea e preferabil ca nespecialistul să opereze diagnosticul prezumtiv de debut al schizofreniei sau psihoză disociativă incipientă, decît să riște infirmarea lui. În fond, cu cît va trece mai repede întregul dosar de observație și discuție a diagnosticului psihiatrului, cu atît acesta va acționa mai favorabil, mai profilactic și mai aproape de direcția pozitivă a tratamentului.

În *semiologia schizofreniei* există o serie de trăsături pe care îndelungata și eroica clinică a demenței precoce, urmată de aceea a schizofreniei le-a catalogat într-un sistem metodic și pragmatic. Deoarece forma pa-

ranoidă a schizofreniei este simptomatologic, cea mai completă și expresivă, o alegem drept ghid în descrierea tabloului clinic al psihozelor schizofrene.

Schizofrenul trăiește printre oameni și acest lucru se datorește reminiscențelor unor tipare simple de co-existență ce n-au fost atinse sau distruse de „tragedia” disociativă sau depersonalizantă. În plus, alieniștii depun eforturi de a descoperi și interpreta „hieroglificele” existenței schizofrene prin analogii și extrapolări ale experienței lor mintale. Înțelegem nebunia prin imposibilitatea unei echilibrări între două lumi: realitatea noastră și o altă realitate — *pararealitate* pentru noi — din care bolnavul își face lumea sa întunecoasă unde e absorbit și prăbușit, în care sunetele sînt ecouri, cunoașterea un limbaj în afară de legile de corelație implicate, afectivitatea e ca un bloc de gheață, memoria doar o funcție de inventariere în afară de timp, imaginația reprezintă corzi ce nu se mai desfac pentru zborul imaginilor și prinderea lor într-o organizare și evoluție logică, iar speranța decade în întunericul autist.

Schizofrenul poate să prezinte o motilitate, să țină un discurs, să fie într-un fel de comunicare cu cei din jur, dar rezultanta activității sale înseamnă inerție, lipsă de mișcare, adică stagnare. Și ceea ce este mai important, finalul acestor tulburări bazale este lipsa de unitate a persoanei, este dezintegrarea funcțiilor superioare, scăderea sau dispariția sinergiei psihismului, a coeziunii și consistenței sale. Acest fenomen izbucnește clinic în manifestări avînd — așa cum am văzut — titlul generic de fenomene disociative.

Pe de altă parte, combinarea și desfășurarea operațională a gândirii schizofrene fiind în afara categoriilor logice, dar cu păstrarea funcțiilor instrumentale ale psihismului (vocabular, gramatică etc.), mai ales la începutul bolii, sînt posibile nenumărate forme mintale cu aparența limbajului care vor „induce” în anturajul bolnavului sentimentul unui „sistem” de gîndire aparte organizat. Dar el practic nu există și se reduce la gîndirea derealizată (dereistică) a schizofrenului, direct și restrîns simbolică (sincretică) ce ajunge la ambivalență prin reificarea formelor și golirea de conținut a abstracțiilor. Ideatică pare să existe fiindcă crîmpele, așchii, cio-

buri de funcțiune psihică se află în desfășurare la întîmplare, după un model de hazard. Ele sînt perturbate de tot felul de accidente descrise ca baraj, perseverare, digresiune, rătăcire a gîndirii, amestec de teme care nu se pot lega între ele așa cum pietrele de domino puse într-un sac nu au nici o legătură de ordine între ele. Dacă adăugăm faptul că limbajul nu mai funcționează ca o haină ce îmbracă „corpul” gîndirii, că schizofrenul întrebuițează forme iterative, ecolalice, că legătura între cuvînt și conținutul său e pierdută, începem să ne dăm seama de proporțiile catastrofei schizofrene.

Observăm din nou că ceea ce dă sens acestei lumi aparte a nebuniei este receptarea ei înăuntrul inteligenței psihiatrilor sau laicilor, supunerea ei regulilor și formelor noastre de cunoaștere ordonatoare. Dar, aici apare o netă diferență de plasare față în față cu nebunia: laicii încearcă să decodeze conținutul expresiv concret pentru a-l înțelege „cuvînt după cuvînt”, pe cînd psihiatrul trece dincolo de acest nivel superficial încercînd să identifice modelul lumii schizofrene. Atunci cînd laicul descoperă un sens verosimil, el încetează să coboare în profunzime pentru a realiza o analiză sistemică și astfel nu „vede” și nu „aude” schizofrenia. E firesc să nu recunoască nebunia, care nu poate fi surprinsă de obicei în planul superficial, imediat al expresivității.

Psihiatrul, în schimb, folosind instrumentele cunoașterii dialectice și un limbaj mai complex (filosofic), pătrunde dincolo de haosul aparent, de dezordinea lumii schizofrene trăită cu sentimentul de straniu și incomprehensibil și descoperă *ordinea secundă** a mesajului schizofren. Dealtfel, psihopatologia în ansamblul ei poate fi definită ca o știință a dezordinii (St. Stössel). Funcționează ca știință în măsura în care poate să demonstreze — de exemplu, în schizofrenie — că alte modele de dezordine sînt imposibile sau puțin probabile.

Să-l urmărim pe psihiatru în dificila și eroica sa încercare de circumscriere și prezentare ilustrativă a „tragediei” psihotice schizofrene. *Tulburările de expresie* din schizofrenie funcționează pentru clinician ca sursa cea mai importantă de informație despre lumea interioară

* St. Stössel, D. Ogodescu. *Normalitate psihică, boală, limbaj*. București, Editura științifică, 1972.

a bolnavului. Conversația, fonetica, semantica, grafica etc. sînt documente directe despre psihismul disociat. Dialogul nu e niciodată întreg, se recurge la modalități ca mutismul indiferent, vorbirea aparte, mormăire în solilocviu neinteligibil, explozii verbale cu injurii, expresii obscene sau crîmpeie misterioase. Sau la o conversație fără legătură, ca un joc suprarealist, incongruența dînd impresia de farsă sau rea voință. În fond, nu e nimic altceva decît ieșirea la suprafață a regimului de dezordine și de detașare anarhică ce domnește în conștiința schizofrenă. Forma sonoră, fonetică, este alterată în articulare, claritate, ca și în melodia frazei (un bolnav, de pildă, vorbea cu două octave mai sus ca vocea lui, altul devenise extrem de peltic fiindcă își plasa limba între dinți ș.a.m.d.).

Transformările semantice sînt foarte frecvente și de o ciudată aparență de „inventivitate” gratuită. Sensul cuvintelor se schimbă, pseudometafora este implicată și devine directă. Neologismele sînt întîlnite în „creația” bolnavului ca și transpozițiile metaforice. Un pacient fusese „siningat”, altul conducea toate propozițiile ca să se termine cu un cuvînt necunoscut: „vanții”.

Discursul „pășăresc” rezultă din parazitarea cuvintelor cu o slabă stereotipie. Incoerența și dezordinea sintactică duc pînă la o „salată de cuvinte”, incompreensibilă. De mult, înainte de crearea cuvîntului de schizofrenie, a existat denumirea de schizofazie pentru limbajul complet destrămat și fără nici un sens sesizabil al demenților precoce, în faza avansată, preterminală. Așa cum o salată nu are o formă estetică ci numai un conținut gastronomic, „salata de cuvinte” a schizofrenului nu mai realizează nici o formă de gîndire.

Producția grafică (scris, desen, grafică etc.) poartă aceleași caracteristici de morfologie misterioasă, urîtă prin devitalizare, anemotivitate, ca niște „grafici” criptogamice, cu ornamentații stereotipe, cu folosirea dezordonată a spațiului, apariția de forme necunoscute și monstruoase sau a unor poeme aleatorii prin conglomerare de cuvinte etc. Lumea producțiilor grafice ale schizofrenilor este atît de bogată, încît în psihopatologia modernă există o tendință generalizată de a studia acest sector de manifestare a psihismului disociat. Din acest

punct de vedere, condiția fundamentală a artei, aceea de a institui un limbaj direct și de a transmite un mesaj valoric nu e însă realizată de psihotic.

Prin intermediul acestor transformări ale limbajului și expresiei, se simte și se deduce mai ales dinamica *sul-generis* a gîndirii schizofrene și a sistemelor dezorganizate de comunicare. Limbajul decade pe o treaptă structurală primitivă, denumită de noi ca *degradare a semnelor*: reificarea simbolurilor și dispariția codului limbajului. Pentru schizofren, universul cuvintelor și al semnelor e substituit prin lumea imaginarului, care nu mai e limbaj și în care nu se poate valida nici o lege de ordine, înțelegere, comunicare.

Viața afectivă a schizofrenului stă sub influența pustiitoare a ceea ce constituie pentru anumiți psihiatri procesul bazal al schizofreniei: scăderea și pierderea energiei vitale. În această direcție, concepția organodinamistă s-a ocupat pe larg cu înțelegerea fenomenelor de structurare. E greu de spus dacă depersonalizarea și derealizarea se răsfrînge asupra fondului afectiv, sau dacă atrofia și dispariția elanului de comunicare și afirmare golesc de sens toate formele de dialog ale schizofrenului. În semiologia afectivității schizofrene se descrie *indiferența afectivă*, adică dezinteresarea de lume și pierderea tendinței de participare la existența celorlalți. Expresia indiferenței constă dintr-o „mască” inertă, înțepenită prin diminuarea mimicii și atonia trăsăturilor. Bolnavul realizează o neutralitate afectivă, la fel de depărtată de euforie ca și de tristețe. Insensibil și impasibil pentru tot ce se desfășoară în jurul său, el rămîne vibrant și participant doar la activitatea sa delirantă.

Alteori asistăm la o *inversiune afectivă*, la transformarea bruscă a sentimentelor în opusul lor (copiii își pierd dragostea pentru părinți, indiferențele se transformă în pasiuni extraordinare etc.), ca un rezultat al combinării între afectivitate și ambivalență. Afectivitatea suferă o profundă modificare și transmutație a sentimentelor, o deplasare globală spre polul ostilității impersonale, spre treptata substituție abstractă și glacială a vieții afective. Dacă e vorba de inafectivitate (Kraepelin), aceasta se reflectă în multiple trăsături: senti-

mente insolite, pasiuni fugace și nemotivate, afecte constante și general umane care se transformă în contrariul lor ș.a.m.d.

În psihopatologie trecerile și formele nu devin scheme geometrice, fiindcă ele se nuantează și modelează în contexte mereu schimbătoare. Cînd vorbim de *atimie* sau de *discordanță afectivă*, ne gîndim la numeroase moduri de retracție sau explozie, de ambivalență sau straniețate pe care le notează clinica psihiatrică. Cele mai aparente schimbări, tot atît de mult cantitative (atimie), cît și calitative (sentimente paradoxale, fugace, inversate), se înregistrează în mediul familial considerat ca modelator afectiv în dezvoltarea individului. Am mai pomenit de răsturnarea și dezordinea afectivă a pre-schizofrenului. Aceste bulversări se vor accentua înainte de a se pierde în misterul inexpressiv al autismului. Mama va fi necesară ca prezență și bruscată pînă la violență și ură, tatăl poate fi respectat și detestat, deopotrivă. Frații și surorile sînt prinși și ei în schemele ambivalente, delirante și absurde ale unei afectivități care înainte să dispară sau să devină de neînțeles se zbate într-un fel de tatonare, de căutare fără sens și fără țel.

Surîsul e gol și nepotrivit, plînsul rămîne ermetic. Gesturile de prietenie pot fi fără obiect, iar atitudinile încăpăținate sau de totală docilitate nu surprînd prin inoportunitate (un bolnav salută pe medic cu titlul pompos de savant mondial, urmat de o serie de denumiri combinate caraghios și absurd... A, savantul mondial, cu frișcă... măsline multe, tortă...). Dacă se stabilesc diagrame în decurs de luni, crimpeie și „lambouri” de afectivitate pot să răbufnească în diverse combinații trecătoare, cele mai multe dispărînd de pe o zi pe alta. Putem recunoaște salturi bruște de simpatie, recunoașteri și uitări, accese de răceală, bufeuri de ură sau de copilărească atașare (un bolnav se îndreaptă uneori spre medic, îl apuca de mîină, ca un copil, mormăia ceva neînteligibil și urina în pantaloni. Mimica era de satisfacție și simpatie!). Explozii de rîs nemotivat pot însoți un mutism remitent. Revederile cu persoane atașate sînt glaciale sau chiar negate (psihoticul de pildă continuă

o conversație halucinatorie sau imaginară și nu răspunde celor prezenți).

Din contrapunctul aiurit între aceste fragmente și episoade de „extra-existență” rezultă fondul de atimie (Guiraud) constituit — sau mai corect rezultînd — din indiferență, dezinteres, devitalizare a straturilor pulsionale din care răbufnesc crimpeie neintegrate și primitive de instinct (automutilare, masturbație, agresiune sexuală, crimă ș.a.m.d.). Negativismul acestor bolnavi nu este o opoziție „dialectică” ci un joc de forțe aleator și foarte primar, ținînd de mecanismele fundamentale ale psihismului. Comportamentul motor al schizofrenului reia dezorganizarea disociativă în planul dezmembrat al psihomotricității. Motilitatea fiind mereu act sau expresie, creație și limbaj, schizofrenul o va pierde în aceeași confuzie în care se năruie existența lui mintală.

Impulsivitatea schizofrenă este un efect „de perspectivă”. Nu lipsesc zeci de verigi din lanțul ce se „exteriorizează” într-un gest neașteptat și brusc. Dintre acestea, crima e sigur de o extremă gravitate. Dar înregistram și raptusuri elastice, descărcări violente motorii cu distrugerii de obiecte, haine, automutilare. De exemplu, o schizofrenă își ucide mama la numai zece minute după o conversație obișnuită și placidă, purtată cu o terță persoană. După crimă, nu poate da nici un răspuns congruent. O altă bolnavă, la vizita medicului șef pe care-l cunoștea de luni de zile, se ridică brusc din pat și-l pămăiește. O pacientă își expune ambele mîini flăcării de aragaz din oficiu, fără ca nici un comentariu să însoțească gestul autodestructiv.

Conduita sau *comportamentul negativist* a fost cîndva un punct de importanță majoră al foilor de observație psihiatrică. În fond, trebuie să știm să „citim” opoziționismul, mai mult pasiv și structural, încurcat printre firele destrămate ale psihismului disociat. Și cine nu cunoaște imobilitatea schizofrenului care nu te înregistrează cînd îi întinzi mîna sau ieșirea, evitarea din orice întîlnire a privirii. Negativismul a fost și mai este întrebuintat pentru un fel de „obiectivare” a separării schizofrene și, mai ales, pentru a sublinia bilanțul nul al oricărei încercări de a intra în comunicare cu bolnavul schizofren.

Stereotipiile apar ca forme de idee, motilitate sau gestualitate circulară, repetitivă, neapartenind vreunui plan expresiv, dar revenind mereu și prelungindu-se astfel pe încă o considerabilă perioadă. Ele apar în mers, în vorbire sau scris (un bolnav acoperea zilnic zeci de pagini de caiet cu aceleași zig-zag-uri fără nici o variație, iar altul scria niște proteste confuze și destinate în care vocabula „zuma” era anexată fiecărui cuvânt). Unele desene constau în repetarea cvasi-mecanică a unui model care acoperă monoton, trist și fără valoare decorativă, toată suprafața paginii. În aceste forme de alterație ale psihomotricității rămâne mereu prezentă legea decăderii și degradării, a mecanizării stereotipe și monotone, a sărăcirii și îngustării expresive. În cronicile vechi se puteau întâlni frecvent cataleptici, imobili, în poziții stranie și incomode, flexibili ca niște statui de ceară, dormind cu capul ridicat sprijinit imaginar pe niște perne ireale etc. Ansamblul acestor tulburări de activitate motorie constituie *sindromul catatonic*, caracterizat prin imobilitate, lipsă de pornire spre un act, întreruperea bruscă sau descreșcândă a actului, dispraxii predominant motorii, atitudini forțate și anormale, crize de rigiditate. Dispraxiile traduc comportări inadecvate și absurde, acte ce se desfășoară „alături de drum”. Lipsa de start sau pornire este efectul modelelor contradictorii de motilitate ce se compun ambivalent, concomitent, neutralizându-se reciproc. Mai apar întreruperi ale actelor pornite ca și cum o contravoință ar acționa brusc interesând regiunea efectoare respectivă. Uneori încetinirea actelor, combinată cu întreruperi, le face să se lungească și să nu se mai termine. Conținutul atitudinii negativiste poate să fie dat de o serie de simptome diferite legate între ele: inerția bolnavului, necooperare, detașare îndiferentă și automatismul discordant.

Sugestibilitatea schizofrenilor poate să îmbrace forma de docilitate și plasticitate absolută (catalepsia) alternând cu momente sau perioade negativiste. Iar manierismul schizofrenilor este constituit de ansamblul comportamentului expresiv și motor în general. Tiparele firești de motilitate, mimică și gestualitate sînt înlocuite cu niște modele forțate, afectate, artificiale, disgratioase, rigide, inutile, neașteptate și schimbătoare.

La tulburările generale descrise pînă acum se asociază — în majoritatea cazurilor — o *producție halucinator-delirantă* care poate să fie foarte diferită de la simple scheme de gândire delirantă pînă la forme proliferante și fantastice. Experiența halucinator-delirantă reprezintă — așa cum am mai văzut — o întoarcere a sensurilor fundamentale ale existenței însoțită de sentimentul de ciudat și straniu, de transformare magică și neliniștitoare, de metamorfoză misterioasă și stimulatoare a imaginației. A. Storch spunea în anul 1947 că schizofrenul este „exponentul specific al fenomenului delirant” iar K. Scheider în 1952 că „schizofrenia este boala delirantă în sensul cel mai strict al cuvîntului”.

Dezorganizarea și răceala afectivă, ambivalența sentimentală provoacă deseori senzația de ură, dușmănie, de rivalitate din partea familiei sau anturajului. Arsenalul intelectual al delirului este dat de interpretări halucinatorii sau oniroide. Asociația dintre delir și halucinație are o particulară dinamică: la începutul bolii ele nu coincid, dar ulterior ele se prezintă în unitate, însoțite fiind și de fenomene de automatism mintal. De multe ori însă momentul inițial, impulsul delirant e constituit de o „experiență primară” sau de o convingere intuitivă, patologică, irezistibilă. Din experiența primară se va dezvolta tot restul neoformațiilor care independent de conținutul tematic pot fi „împregnate” de sentimentul stăpînirii de către o forță sau voință exterioară, de influențele unor forțe oculte, de izolare socială printr-o situație specială și misterioasă.

Cele mai comune teme delirante care au o finalitate diagnostică sînt acelea de *relație* și *influență*, de transformare a persoanei atît în componenta psihică cît și în cea somatică. În delirul de relație senzitiv, experiența primară constă din intuiția și sentimentul unei interdependențe exagerate între individ și mediul său de inserție. El se simte ca un fel de rezonator prins într-un câmp de forțe intricate emanînd din lucrurile și ființele din jurul său. Schizofrenul — spune K. Kolle — judecă după șablonul „nu este o întimplare că...” și spațiul dintre aceste puncte-puncte, poate fi umplut cu cele mai banale sau fantastice teme (iubire, gelozie, luptă, invidie, supranaturalul, nemurire, diavolul etc.). Bolnavul observă

că se petrece ceva cu el, că persoana se metamorfozează și acest lucru e resimțit la modul penibil, apăsător, neplăcut. Lumea însăși pare că se schimbă și apare una nouă, necunoscută lui. Apar trăiri noi și uneori schizofrenul simte necesitatea să li se opună, dar capacitatea lui de a le ordona lipsește. Dacă delirul este cel care iese pe prim plan, vom întâlni dispoziția delirantă (Jaspers) și observația suspicioasă este primul semn de „derapare” mentală. Alteori, sentimentul de influență și relație senzitivă răsună în teme de persecuție, complot, spionaj, urmăriri a poliției, secrete etc.

În jurul dezagregării și depersonalizării roiesc temele de metamorfoză și negare de organe („intestinele-mi sînt de sticlă”, „plămînul mi-e tăiat” etc.), de posesiune („eu nu mai sînt, în mine e altul”) sau de modificări fantastice prin identificare (un bolnav spunea „mama e în mine... e aici în burtă”). Străvechea credință a „posesiunii” de către spirite malefice sau diavol răsună în delirul schizofrenilor și devine convingere sau experiență trăită de posedare satanică, de animale ce au pătruns în interiorul corpului etc. ... Modificările și influențele psihice sînt interpretate cu ajutorul unor pseudosisteme despre acțiuni telepatice asupra gândirii, magnetism, radiații la distanță, metempsihoză etc. Pe acest mecanism general de structurare se pot greșa alte teme: cele de reforme și invenții revoluționare, de cunoaștere divină, de filiație ilustră etc. Sau conduc la formularea sterilă a unui sistem filozofic care trebuie să schimbe fața lumii. Alteori întâlnim cosmogonii originale și fantastice, rezolvare de probleme dificile (quadratura cercului, perpetuum mobile, metodă sigură de a câștiga la pronoeșpres sau loterie ș.a.m.d.). Se aluneacă astfel progresiv spre dezorganizarea voinței prin substituirea mecanică a lumii, a dorințelor cu formele ostile și străine ale disociației („mi se substituie creierul”, „el e dedublat, o parte e albă”, „de fiecare dată îl omoară”, „multe, multe castane cu frișcă... artistul e mare... foarte bine”).

Contactul cu realitatea se pierde, cu *dezorganizarea reperelor temporo-spațiale*, cu „corupția” duratei („timpul stă, nu mai sînt ore”). Prezentul devine ostil și impersonal. Memoria își pierde substanța fără să fie

propriu-zis diminuată. Se descriu fenomenele de „deja văzut” sau „niciodată văzut”, prelucrarea delirantă a trecutului.

Schizofrenul există aparent *în*, dar nu *prin* societate. El operează cu schema abstractă și „fabricată” a unei realități care l-a cuprins înainte și din care s-a disociat. Dar și acest bagaj social poate fi pierdut prin degradarea limbajului pînă la un sistem steril ca o monedă fără valoare de circulație.

Comportamentul explicitează, transpune în modele obiective gîndirea umană. *Disociatul pierde proprietatea de a se exprima printr-un model și de a fi o metodă de acțiune concordantă cu realitatea*. Iar scopul nu poate fi un arbitru structural al gîndirii disociativ-delirante: aparenta deliberare în planul premiselor (false) pregătește acțiuni neorientate eficient adaptativ, ci dimpotrivă, chiar nocive. În acest sens, Bleuler vorbea despre o „generalizată dereglare a activității asociative”. Tulburările asociative ce vor culmina în tragedia disociativă reduc coerența psihismului, deschid poarta fantasticului, bizarului, capriciilor nemotivate și formalismului mintal golit de conținut. Se instituie astfel o *pseudo-reflectare a realității* alcătuită dintr-o aglomerare fragmentară, abstractă și apragmatică. Contradicțiile interne ireductibile ale gîndirii delirante alimentează experiența clinică și provoacă pe psihiatri la rediscutarea pasionantă a nesfîrșitei lor fenomenologii.

De multe ori, cînd un schizofren se remite, se reîntoarce din boală înspre lumea noastră, el poate să-și analizeze trăirile morbide și să le critice. Acesta este semnul cel mai important al ameliorării! Ne va povesti astfel despre „aventura” disociativ-delirantă, despre o globală, dureroasă și chinuitoare modificare de ansamblu a vieții mintale, de un sentiment de înstrăinare. Așa cum lumea poate să alunece spre o formulă agresivă neprietenoasă și chiar dușmănoasă, tot așa interioritatea schizofrenului se poate dezorganiza, devenind teatrul unor schimbări similare de înstrăinare. Bolnavul devine străin față de el însuși, nu se mai recunoaște, se simte dedublat, își pierde puterea coeziunii vieții lui sufletești. I se pare că devine o altă persoană: de la persoana întîi, cea mai reprezentativă el ajunge să vor-

bească la persoana a treia. De la stilul personal ajunge la cel impersonal, încât vorbește cu „se întâmplă”, „se face” despre el însuși. Dacă se duce în fața oglinzii, el constată pierderea identității sale; i se pare că fața nu e a lui, că expresia ei îi apare străină. Deci aspectul complicat al derealizării este însoțit de un tot atât de bogat și de straniu proces de depersonalizare.

După această succintă încercare de a contura și sistematiza simptomatologia schizofrenă ne dăm seama de ce unii autori au susținut că această psihoză „păcătuiește” deoarece are un cadru atât de vast încât... cuprinde toată psihiatria.

Semnele fizice din schizofrenie nu sînt specifice și nu aduc contribuții diagnostice sau nosografice importante fiindcă apar în toate psihozele endogene și sînt dominate de o dereglare generală neuro-vegetativă. Dar ele însumează un număr foarte mare de informații ilustrînd eforturile uriașe ale cercetătorilor pentru a învinge misterul etiologic al schizofreniei. Se descriu astfel:

Tulburări endocrine printre care notăm: reacții hipo sau hipertiroidiene, sindroame de hipofuncție suprarenală cu astenie, plăci pigmentare, melanodermie. Aici contribuția lui Bleuler este majoră. Tulburările vasomotorii apar sub formă de edeme, cianoză și răcirea extremităților, iar la bolnavi care păstrează mult timp poziția ortostatică, apar modificări flebitice.

Aparatul cardiovascular prezintă hipoplazie vasculară, stază sangvină, scăderea permeabilității vasculare. Tensiunea arterială este oscilantă sau scăzută. Oftalmoscopia fundului de ochi demonstrează instabilitatea regimului circulator cerebral.

Explorările funcționale ale ficatului și rinichiului nu relevă modificări notabile și semnificative pentru un tablou patologic. L.C.R. nu prezintă modificări caracteristice. Iar pneumoencefalografia poate evidenția uneori în formele catatonice de schizofrenie imagini de atrofie cerebrală.

Electroencefalografia ne oferă date care rămîn și ele nespecifice (ritmul „choppy” descris de Davis, fenomene paroxistice în formele catatonice de schizofrenie descrise de W. Lennox și tulburări de reactivitate cerebrală).

Se întîlnesc uneori în chip trecător, diverse semne neurologice (dispariția unor semne cutanate, semnul lui Babinski, tulburări de sensibilitate etc.) sau chiar accese epileptice temporale.

Serul schizofreniilor are o capacitate histaminopexică scăzută (Sivadon și colab. 1962). Claude, Baruk și Oliver descriu în schizofrenia catatonică o hiperpolipeptidemie și hiperpolipeptidorahie.

Concepția compozită și de mare densitate fenomenologică pe care ne-o oferă clinica schizofreniei poartă în ea un potențial de discuții contradictorii despre legitimarea și clasificarea grupului acestor psihoze. Cîndva, aceste clasificări au ocupat un loc important deoarece se credea că sistematizarea nosografică ar corespunde „în profunzime” cu modalități patogenetice diferențiate. Rezulta din aceasta un fel de „mitologie” a clasificării, din care ar fi trebuit să rezulte și o elucidare etiologică. Pentru noi criteriile sistematice par să justifice delimitarea dintre masa delirelor cronice ce evoluează fără dezagregare psihică notorie și teritoriul reprezentat de varietatea cea mai „dură” și „rezistentă” a unor schizofrenii paranoid-halucinatorii.

Forma paranoidă ocupă poziția centrală pentru orice viziune de ansamblu formulată asupra schizofreniei și ea sintetizează — echivalîndu-le — demența paranoidă a lui Kraepelin și nucleul schizofreniei bleuleriene. În sistemul său, Kleist a încercat clasificarea multiplă a unor așa-numite forme de schizofrenie paranoidă: fantasiofrenia, confabuloza progresivă, somatopsihoza progresivă. Ele reprezintă entități hiperanalitice în care se combină „nucleul” paranoid al schizofreniei cu orbita vastă a patologiei delirante cronice.

În Franța, formele vesanice ale delirelor cronice halucinatorii au fost absorbite de clasificarea schizofreniei prin caracterul de dezagregare psihică și deficitul lor terminal. Ele s-au separat de delirele sistematizate, spre deosebire de școala germană și sovietică, unde întreaga masă a delirelor cronice este considerată ca fiind în relație de „vase comunicante” cu schizofrenia.

Încă din 1911, discuția subgrupelor a devenit dintr-o dată cheia — și pericolul — unității și coerenței grupului schizofreniei. E demn de remarcat că rezistența

și stabilitatea poziției școlii lui Bleuler sînt date de formele clasice ale schizofreniei enunțate de Kraepelin. Sinteza lor asigură stabilitatea clinică a schizofreniei cu toată diversitatea lor congruentă. Clinica modernă a schizofreniei se sprijină pe alte criterii. Această schimbare de optică se datorește acumulării unui imens material de observație longitudinală. Tipurile de schizofrenie foarte delimitate și sistematice s-au dovedit a fi neriguroase în evoluție și nici o corelație factorială fermă n-a fost înregistrată. Apoi, epocala inovație terapeutică (psihotropele) a demonstrat că relația specifică, modelul bazal al disociației nu pare să se exprime direct în fenomenologia clinică.

Putem să deosebim forme de schizofrenie cu potențial evolutiv mai pronunțat și în această măsură mai gravă. Acestea sînt reprezentate de *hebefrenie* și *hebefrenocatatonie*. Hebefrenie (Hebe = zeița tinereții, simbol al adolescenței) este denumirea curentă, cea mai cuprinzătoare și reprezentativă pentru toată seria deschisă acum o sută de ani cu demența precoce a tinerilor, continuată cu *hebefrenia* lui Hecker, apoi cu demența precoce (Kraepelin) și nebunia discordantă (Chaslin), încheiată cu sinteza schizofreniei. E, de altfel, imposibil să se descrie o patologie psihotică fără o referire implicită la acest tip „universal” de schizofrenie. Pe acest model se vor construi clasificări și se vor duce discuții despre componența delirantă, halucinatorie, sau catatonică.

Henri Ey notează caracterile structurale ale formei hebefrenice, care sînt date de importanța *sindromului discordant* ce umple scena conștiinței aproape în exclusivitate și de progresivitatea disociativă. Experiențele halucinatorii sînt discrete și intermitente, fără un mare potențial de exprimare. Autismul este stupid, pueril, absorbit de o vîscozitate sărăcăcioasă. Diagnosticul de hebefrenie subliniază deci predominanța fenomenelor disociative, o tendință evolutivă pronunțată, debitul difuz, pe întreaga suprafață a manifestărilor și vieții persoanei tinere care se transformă progresiv pierzînd în randament, detașîndu-se afectiv, obosînd fără activitate, retrăgîndu-se la distanță față de planul actualității și modalitatea prezenței.

Bolnavul trăiește într-o dimensiune intermediară între „vis și viață”, fantasmază, desfășoară un mod de gîndire derealizat, amestec de abstracții și de evadare în extraordinar sau mister. Proiecte inconsistente fantastic-mistice, pseudo-științifice se desfășoară într-o expunere la început sesizabilă și oarecum comprehensibilă, apoi din ce în ce mai ermetică și dezlinată, făcînd salturi între metaforă și scheme pseudo-raționale, pierzîndu-se apoi în neinteligibil. Apatia este dominantă și progresivă. Un bilanț de activitate zilnică, în sens de cheltuire psihomotorie și inițiative spontane, se dovedește excesiv și redus. Inactivitatea și autismul clădesc turnul de singurătate, inerția și glacialitatea hebefrenului.

Comportamentul este manierat, grimasat, ciudat, de o veselie constrînsă, artificială ca un joc prost de teatru. În hebefrenie se accentuează, în chip patologic, trăsăturile vîrstei tinere, neîncrederea, stîngăcia, disgrăția, prețiozitatea etc. Hebefrenul e adeseori pueril, capricios, „alintat”, realizînd un personaj greu de plasat între nivelul infantil și o clownerie duplicitară. Un hebefren de 18 ani student, vorbește peltic și cu limbajul copilului de 2 ani, altul „a uitat să citească”. O hebefrenă de 25 de ani vrea să se ducă la școală „în clasa a doua” fiindcă e însărcinată (? !). Sînt cazuri cînd regresivitatea este atît de extinsă și devastatoare încît tabloul de „vid psihic” se instalează. Așa probabil l-au văzut și socotit reprezentativ acei psihiatri care au vorbit acum o sută de ani despre demența precoce.

Forma hebefreno-catatonică trebuie considerată drept cunoscută de cînd Kahlbaum i-a fixat conturul într-un tablou clinic dominat de sindromul psihomotor catatonic. Sensul general al conceptului de catatonie este acela al unui ansamblu de tulburări psihomotorii în care dispariția inițiativei motorii se însoțește de o alterare a tonusului de fond, cu fenomene parakinetice și cu un sindrom mintal caracterizat prin stupoare și negativism. Manifestările psihomotorii se distribuie după doi „poli”, unul de inerție, stupoare, nemișcare statuară, flexibilitate ceroasă, celălalt de ritmuri, repetiții nesfîrșite și ciclice, modele recurente, bizare etc. Pe acest sistem de notație inerția, ca model de comportare, de-

vine negativism activ sau pasiv, mutism, blocare rigidă sau dispariția placidă a motilității.

Disociația catatonică înmănușiază o complexă scară de manifestatii, în care se amalgamează negativismul opoziționist sau inert, automatismul și pasivitatea psihomotorie cu tot cortegiul de „reificare” depersonalizantă și obiectivizantă a individului schizofrenic: stereotipiile ce proiectează viața în tipare de mașină, manierismul și paramimia. Frînturi incongruente ale comportării expresive înlocuiesc durata psihologică cu o spațialitate săracă și rece. Pe monotonia repetițiilor și a schemelor urmează explozii și descărcări brutale psihomotorii. Violența de comportare e în contrast cu glaciale și enigmatice nemotivare a acestor acte.

Așa cum a fost observată de Kalhbaum, plasticitatea generală de atitudini devine redoare sau flexibilitate amorfă. Tulburările generale din sfera motorie rămîn într-o evidentă comunicare și interdependență psihomotorie. Catatonicul inexpressiv desfășoară pantomimica vidă a autismului, exprimă alunecarea regresivă pînă la primele instanțe evolutive. Viața mintală a catatonului, conținutul dramei mute pe care o debitează în fragmentele eteroclitice ale motilității sau imobilității, este străbătută de toate formele delirante, tipic schizofrenice. Halucinații imperative, sentimentele de influență și pierderea libertății, teroarea catastrofei iminente și modificările depersonalizante formează un flux haotic ca un curent dezaxat, dar năvalnic, de gîndire primitivă, sub fațada imobilă, stereotipă sau bizară a acestor „zidiți de vii” în mormîntul catatoniei sau angajați în furtuna mecanică a acceselor impulsive. Acest refugiu sau prăbușire în forme de comportament arhaic a fost asimilat celor mai primitive modalități adaptative: refacerea în sens invers a evoluției individuale.

Hebefreno-catatonie se poate diversifica într-o mulțime de varietăți predominant catatonice. Stupoarea catatonică se construiește pe negativism și atitudini blocate, dar totuși uneori transparente pentru un fel de luciditate înțepenită și încăpățînată. Iar agitația catatonică reprezintă cea mai mare perturbație motilitară ce se poate întîlni în clinica psihiatrică împreună cu

furia epileptică. Gestualitatea, vorbirea, acțiunile se cheltuiesc într-o furtună stereotipă, seacă, incoerentă, și incomprehensibilă. În habitusul catatonie, simptomele sînt intens sudate de ansamblul simptomelor schizofrenice, cărora le dau pe plan psihomotor un fel de subliniere caricaturală, o regie discordantă exprimată în nenumărate semne minore. În acest fel se exprimă multiplele direcții după care pot evolua aceste comportări în care s-a pierdut sensul vectorial al actului. Capătul acestei serii e reprezentat de marea catatonie, cuprinzînd forme impresionante de patologie, cînd aparența pseudo-statutară reprezintă limita extremă ce poate fi atinsă de această dezintegrare schizofrenică.

Studiile clinice și experimentele asupra etiologiei și patogeniei sindromului catatonie, dacă nu au dus la unificări de opinii și la un limbaj cert de fiziopatologie, au permis în schimb delimitarea între cîmpul polimorf al catoniilor simptomatice (infecțioase, toxice, traumatice, vasculare, senile și presenile etc.), a celor experimentale și catonia adevărată, modalitate psihomotorie a schizofreniei pe care o reprezintă în forma cea mai concretă și caracteristică a discordanței.

Hebefreno-catatonie are o traiectorie evolutivă în general gravă, cu excepția unor forme a căror malignitate este atenuată prin tendința de ciclitate. „Geniul” formelor circulare reprezintă — și aici — ca peste tot în psihiatrie un factor de atenuare. Astfel, cazurile de hebefreno-catatonie realizează cea mai rapidă și periculoasă dezagregare și dezintegrare finală.

Toți clasicii schizofreniei (Kraepelin, Bleuler, Mas-selon, Guiraud etc.) au notat posibilitatea ca grupul schizofrenilor să conțină o proporție de cazuri în care brutalitatea simptomatică se atenuază în favoarea unor modalități simplificate, mai surdinate și latente de psihoză. Clinica psihiatrică contemporană recunoaște importanța practică a varietăților minore de schizofrenie. În aceste forme, *schizofrenia simplă, nucleară* s-ar putea numi și lentă sau discretă. Predomină fenomenele negative încît Henri Ey vorbește despre o „scleroză a vieții psihice și sociale”. Ansamblul fenomenelor de *atimie*, pierderea tonusului instinctiv, retracția timidă și inerentă din mediu, apragmatismul, degradarea și go-

lirea imperceptibilă a vieții afective și sociale se desfășoară cu lentoare în afara unor întretăieri zgomotoase și fără ca procesul insidios să frapeze. Frecvent, acest glissando discret și lent reia sau accentuează trăsături ale personalității schizoide. Singurătatea devine izolare, bizareria se transformă în atitudine ermetică, rezerva capătă nuanțe negativiste și opozante, iar oboseala, depresiunea și dezinteresul coexistă cu aparențe de meditație, formulări abstracte sau mistice. Apragmatismul sexual se ascunde în spatele indiferenței și răcelii. Prietenii dispar, conflictele cu familia sînt latente, dar discuțiile rămîn generale și motivările se înscriu în pararealitate.

Bolnavii acestei forme pot coexista timp îndelungat cu cei sănătoși și în această situație discreția și izolarea lor se combină cu indiferența și lipsa de grijă a anturajului (un student, de exemplu, nu se duce timp de un semestru la nici un curs, fiindcă n-a fost chemat să se înscrie... Un altul „studiază” timp de doi ani plecarea în lume ca să vadă monumente... Alt bolnav, trece fraudulos granița, după îndelungate planuri... pentru o acțiune diplomatică internațională. Un fost student, a părăsit școala de doi ani spre a studia singur. E găsit la graniță în tren, adormit. În buzunar i se găsesc pioane, cuie, lame de ras. Le folosea pentru a autoexperimenta legile durerii...).

Trebuie să admitem de asemenea, posibilitatea ca formele simple să evolueze mai puțin disociativ, ceea ce permite și explică acele biografii ciudate, asemănătoare unor duble existențe, pînă cînd un crîmpei delirant apare la suprafață sau un bufeu halucinatoriu se „intercalează” în materialul trăirilor obișnuite. De aceea e rar, și puțin probabil, ca altcineva decît psihiatrul să poată descifra psihismul modificat al unui schizofren ce evoluează după această direcție de patologie.

Și fiindcă în materie de psihoză disociativă „orice este posibil”, va trebui să reamintim printre varietățile mai discrete și evoluția oscilantă între o stare nevrotică liminară cu trăsături de caracter schizoide și decompensări sub formă de crize. În timpul acestora se dezvoltă ca o incursiune în teritoriul delirului autistic stări derealizate, în care imaginarul cîștigă în forme

ceea ce pierde în prezență și comunicare. Reactivitatea bolnavului e abruptă, fantastică, comportarea dezordonată și asocială (călătorii fără motive concrete, vizite misterioase care rămîn neexplicate, crize de furie fără cauză aparentă, izolarea rece și cu ruperea oricărei conversații). Alteori apar dezvoltări neprevăzute de erotism inoportun și neconvingător. La acești marginali ai schizofreniei, situațiile de decompensare se instalează lent, ca un ciclu din care pacientul nu se poate sustrage. Treptat situația care inseră pe individ în mediu se deteriorează prin preferințe și antipatii fantastice, agresivitate și sentimentul de relație, inițiative grandomane sau retrageri într-o singurătate ostilă, ori alteori, prin bufeuri depresive și valuri de anxietate. Aceste elemente „socio-disociative” merg crescendo pînă cînd toleranța reciprocă între individ și anturaj nu mai este posibilă.

Trebuie să spunem că asemenea forme „liliac”, cum le numește Henri Ey, se dezvoltă înlăuntrul unor formule caracteriale la care diagnosticul de nevroză e mai mult o ipoteză de lucru și o strategie clinică. Fiindcă în fond, e vorba de niște structuri nucleare ale persoanei pentru care evenimentele sînt intens dominate de egoismul impersonal, de o afectivitate dedusă și nu trăită. Anxietatea și fobiile se sprijină, foarte ușor, pe o motivație relațională, xenopatică și ostilă.

Constrîngerea psihiatrică funcționează ca un tipar fenomenologic din marginile căruia bolnavul nu poate ieși. Cu tot vastul evantai pe care se respiră diversitatea formelor clinice de schizofrenie, noi nu credem într-o dezmembrare a grupului schizofreniei, deoarece în heterogenitatea formelor se accentuează și se afirmă o permanentă unitate reprezentată de nucleul schizofrenic, adică de sindromul ei fundamental (disociația).

Dar, era psihiatriei moderne a modificat radical acest capitol clinic. Majoritatea cazurilor de schizofrenie nu mai pot să-și păstreze traiectoria evolutivă originală. Evoluția schizofreniei poate fi dominată de două modele fundamentale: o evoluție acută atingînd în cîteva săptămîni sau luni un grad pronunțat de disociere, pentru ca apoi să se dezvolte spre dezagregarea psihismului sau evoluția de tip lent, oscilant, torpid sau cronic. O

altă clasificare sistematică aşează într-o categorie extremă cazurile remise (*schizofrenie benignă*), iar la polul opus pe acela care degradează pe bolnav prin descompunerea şi destrămarea psihismului pînă la demenţierea terminală (*schizofrenie malignă*).

Mai frecvent, schizofrenia evoluează prin puseuri, accese, urmate de remisiuni. S-a observat că după doi-trei ani de evoluţie dacă deficitul nu e pronunţat, pericolul de demenţiere scade mult. De asemenea, s-a băgat de seamă că pînă la al treilea puseu boala are o alură mai malignă decît după aceea. Iar un număr destul de mare de schizofrenici după ce au făcut cîteva pusee, rămîn toată viaţa cu o oarecare capacitate de muncă, cu toate că au diverse trăsături ciudate şi particularităţi de comportament, productivitate săracă, lipsă de iniţiativă şi dezinserţie socială. Mişcările devin colturoase, rigide, bizare, de neînţeles. Mimica este forţată, privirea suspicioasă sau perplexă. Viaţa afectivă este tocită, limbajul, modificat cu mecanisme, bizareri care le acordă o notă simbolică personală. Uneori pe acest fond de linişte apar stări de furie, iritare, agitaţie. Aceste formule evolutive sînt cunoscute sub denumirea de „vindecări cu defect”.

Curba evolutivă a procesului patologic este însă în general cronică, progresivă şi practic putem afirma că nu există o schemă omogenă pentru marea diversitate a bolnavilor. Semnele şi simptomele despre care am vorbit pînă acum nu sînt niciodată întrunite toate la acelaşi bolnav. De aici rezultă varietatea de tablouri clinice la care se adaugă particularităţile evoluţiei în timp.

În afară de forme în chip lent sau omogen progresive, majoritatea cazurilor prezintă o succesiune neregulată şi deci imprevizibilă de stări de agitaţie, de stupeoare, de calm şi luciditate, bufeuri delirante ş.a.m.d. Bleuler, concluzionînd pe un imens material clinic, afirmă că în general schizofrenia evoluează în „valuri” şi niciodată simplu, ascendent sau descendent. O astfel de evoluţie nu se demenţiază niciodată, ea dă remisiuni „cu defecte” sau chiar complete. De multe ori, însă, după un debut zgomotos şi impresionant se produce o ameliorare progresivă. După un timp recăderea demonstrează că procesul rămîne subteran. După o serie de

asemenea oscilaţii, boala evoluează cu toate elementele sale caracteristice. Printre modalităţile particulare de evoluţie a schizofreniei se descrie forma recurentă (periodică, intermitentă, mixtă, atipică), în care puseurile apar la intervale neregulate iar autismul, sărăcirea afectivă sînt mai puţin exprimate. Se mai întîlnesc forme circulare de schizofrenie constînd din succesiuni de perioade maniacale şi melancolice.

Formele terminale cuprind diverse grupe caracterizate printr-un fel de încheiere a ciclului autist, de „ducere la capăt” a disociaţiei. Bolnavii sînt inerţi cu o regresie marcată a vieţii mintale, cu „resturi” de simptome însumînd stereotipii de atitudine, mişcări rituale, incoerenţă ideo-verbală, explozii de rîs, inexpressivitate fără context. Printre „frazeele fără structură” ale schizofaziei, răsună uneori reminiscenţe din temele delirante incipiente. Dar, aceste tablouri înrudite prin sărăcia şi monotonia lor, se desfăşoară pe un fel de scenă colectivă a unor existenţe scoase din lume şi reduse la nişte scheme confuze, cu marginile pierdute într-un climat de absurd.

Noi credem — ca şi K. Kolle — că prognosticul în schizofrenie este cel mai greu lucru de pus. Deşi el este implicat în diagnostic, intervin o multitudine de factori, în parte cunoscuţi, mulţi doar bănuţi, iar alţii necunoscuţi făcînd improprii sau hazardate consideraţiile prognostice. Ar fi mult mai simplu, ca şi în tratament de altfel, dacă am cunoaşte etiopatogenia schizofreniei. Dar, acest lucru rămîne un vis al psihiatriei contemporane şi poate o realitate îmbucurătoare în psihiatria viitorului.

Diagnosticul schizofreniei se face în opoziţie cu toată patologia mintală. Gîndindu-ne la varietatea simptomatologică, ne dăm seama că pentru fiecare simptom, pentru fiecare manifestare schizofrenă există o înrudire, undeva în domeniul patologiei mintale. Iar dacă vedem lista modalităţilor de debut schizofrenic, vom observa că ele pot semăna cu oricare altă boală mintală.

Diagnosticul pozitiv se fundamentează pe semnele cardinale amintite, prin constelarea în sindroame a aspectelor negative (disociaţie, depersonalizare, autism) şi a celor pozitive, de neproducţie (halucinaţie şi delir).

Diferitele forme de schizofrenie modulează simptomatologia, încât un diagnostic diferențial devine dificil de formulat. Ne referim la cazurile marginale, latente, la „derapajele psihotice” în care înțelegerea dinamică (diacronică), evolutivă e mai importantă chiar decât formularea unui diagnostic. Un contact psihoterapeutic adecvat și prelungit ne permite urmărirea atentă a bolnavului și ușurează circumscrierea unui diagnostic cât mai apropiat de o realitate patologică caracterizată prin marea variabilitate a evoluției sale. Întâlnirea cu schizofrenul ne dă sentimentul de incomprehensibil, nemotivat, straniu, de ceva care nu seamănă cu nimic din trăirile noastre obișnuite. Această reacție particulară este denumită „semn al medicului” (Șt. Stössel) și o cunoaște orice psihiatru ce înfruntă prin meseria lui „iraționalul” nebuniei.

În **diagnosticul diferențial** adeseori psihoza maniaco-depresivă produce confuzii, mai ales în perioada de debut. Dar apoi, pe măsură ce tabloul simptomatologic specific (disociativ) se conturează, dificultățile se atenuază. Iar la al doilea puseu tranșarea diagnosticului devine și mai facilă.

Delirele cronice sistematizate (paranoia, parafrenia) se organizează într-un sistem coerent și susținut. Personalitatea bolnavului nu e disociată, ci „aservită”, oarecum stînd la dispoziția delirului.

Față de psihopați, schizofrenii sînt mai bizari, iar detașarea de realitate e mult mai pronunțată.

Nevroticii (isterici sau obsesivi) au conștiința bolii, nu sînt disociați, se lamentează, iar produsele activității lor psihice sînt altele („construcții” mitomane, obsesii, fobii).

În paralizia generală progresivă (P.G.P.) istoria infecției luetice, semnele somatice și umorale tranșează diagnosticul.

Epilepsia, mai ales forma psihomotrică, realizează episoade ce pot semăna cu schizofrenia. Dar ele sînt însoțite de pierderea conștiinței iar E.E.G. prezintă leziuni specifice.

Tumorile cerebrale, mai ales cele localizate în lobul frontal, ar putea să creeze dificultăți de diagnostic

diferențial. Dar simptomatologia clinică și examenele paraclinice (E.E.G., F.O., pneumoencefalografia) tranșează diagnosticul.

Psihozele arteriosclerotice și presenile pot fi confundate cu schizofrenia, în special, dacă îmbracă tabloul clinic paranoid.

Unui neinițiat în psihiatrie care s-ar interesa de **tratatamentul psihozelor** (nebuniei) i s-ar putea răspunde cu bună credință că psihozele sînt un complex de fenomene patologice mintale pe care le combatem, destul de eficace, cu medicamente numite *neuroleptice*, cu *electroșocuri* sau *cură de insulină*. Interlocutorul ipotetic s-ar întîlni astfel cu unul din marile paradoxuri ale terapiei psihozelor și anume imposibilitatea formulării dialectice a opoziției dintre boală și tratament din cauza „nesaturației” informaționale a termenilor săi. Desigur că dintr-o patogeneză nebuloasă și o terapeutică simptomatică și incertă nu se poate monta o contradicție dialectică. Și cu toate că în „muzeul imaginar” al istoriei psihiatriei psihopatologia nu a propus în secolul nostru o nouă ipoteză euristică pentru investigarea etiopatogeniei psihozelor, unele teorii au funcționat ca plan fundamental de cercetare și terapie. Așa s-a născut — de exemplu — cura insulinică (Sakel) care a antrenat ulterior o importantă restructurare modernă a spitalului de psihiatrie. La fel putem remarca marele merit al ipotezei lui von Meduna, care a influențat și generat după cîțiva ani lucrările lui Cerletti, soldate cu apariția electroșocului.

Chimioterapia maladiilor psihice reprezintă însă un eveniment a cărui importanță depășește în toate direcțiile obiectivul său primordial. Acționînd într-un context multifactorial, substanțele neuroleptice determină și antrenează într-un fel de rezonanță fenomenologică răspunsuri și repercusiuni ce largesc actul terapeutic pînă la o perspectivă polivalentă, vastă și revoluționară. Iată de ce în psihiatria modernă există un primat al terapiei asupra aspectelor sale teoretice care sînt încă — trebuie să recunoaștem — aproximative și de multe ori speculative.

Dar, cu toate că chimioterapia, această „mare seducătoare” a psihiatriei contemporane (Rümke), a bulver-

sat planurile oarecum netede și inerte ale medicinei psihice, psihoterapia rămâne „marea prințesă” a tratamentului celor înstrăinați de lume și semeni, instituind sentimentul de încredere necesar oricărei vindecări. Psihofarmacologia este o știință empirică, dar, odată constituită, a demonstrat inevitabil că se angrenează dinamic cu psihoterapia, socioterapia și cu organizarea mediului protectiv, intra și extra spitalicesc.

Pentru stabilirea și aplicarea unui tratament adecvat și a unei proporții optimante între administrarea psihotropelor și protecția psihoterapeutică este necesară formularea unui diagnostic nosologic și fenomenologic cât mai apropiat de realitatea patologică. Diagnosticul nosologic este determinant pentru alegerea formei de tratament (neuroleptice, electroșoc, cură de insulină etc.), în timp ce nuanțarea medicației alese și protejarea psihoterapeutică depind de aspectele fenomenologice, de simptomele subiective cele mai pregnante și supărătoare pentru bolnavul mintal.

Neuroleptice, electroșoc, cură de insulină, combinate cu psiho sau socioterapie, constituie schema generală în asistarea bolnavului psihotic. Uneori — în nevroze — „chimioterapie plus psihoterapie” înseamnă mai ales „psihoterapie plus psihoterapie”, altele — în psihoze — semnifică mai mult tratament neuroleptic, deoarece nevroticul pretinde ca o condiție sine qua non prezența psihiatrului pentru ameliorarea sa, pe când psihoticul are nevoie de la început de o cură cu medicamente psihotrope și apoi, odată cu remisiunea, de o asistență psihoterapeutică. Ameliorarea fenomenelor psihotice prin tratament permite bolnavului o luare de conștiință, o reorientare spre existența adevărată și, concomitent, un raport psihoterapeutic viu între pacient și medicul de suflare.

Comportamentul bolnavului psihic e dominat astăzi de modele inedite față de cele cunoscute într-un trecut de care ne detașăm cu o viteză accelerată. Astfel, delirantul este condus pînă la o dezinteresare față de certitudinile lui catatimice, halucinațiile se sting sau se obiectivează, curba agitației și agresivității paranoide se inflectează spre placiditate și nepăsare. Paralel cu involuția „vegetației” patologice neproductive, comportarea

pasivă se instaurează ca marea noutate a mediului spitalicesc. Lichidarea delirului, halucinațiilor, reducerea distanței între persoană și lume etc., se însumează într-un sindrom de pasivitate. Acestei neteziri comportamentale i se deschide apoi perspectiva unei restructurări, unei emergențe prin încadrarea bolnavului într-un climat psihoterapeutic și prin ergoterapie.

Psihopatologia modernă și-a anexat noțiuni care nu figurau în vocabularul ei și cu atât mai puțin în modelele sale fenomenologice și explicative. Efecte psihosedative speciale cum sînt indiferența, descompunerea și aplatizarea agresivității, a tensiunii intenționale și excitației de toate tipurile, surdina și neutralitatea emotivă sînt astăzi moduri, tipare, varietăți ale procesului de vindecare, transformînd lumea psihozelor într-un imens „frigider” static în care toate proiectele de existență sînt răsturnate și înțepenite. Orice descriere reprezintă un început de teorie și principiul de ordine care dă conturul unui fenomen. *Constatarea optimistă că ne aflăm în fața unei lumi noi de fapte clinice rezultînd din teritoriul revers al psihopatologiei ne dă certitudinea că în psihiatrie se operează o revoluție a concepțiilor despre suferința și boala psihică.*

„Fenomenul neuroleptic” pare a fi un model de acțiune generală nespecifică, de necorelat cu schemele cauzale la care consimțim în psihopatologie. În această nouă perioadă a psihiatriei, pe de o parte, efectele tratamentului nu se mai pot înscrie schematic într-un sistem simplu de coordonate. Chimioterapia introduce nu numai un „mecanism” de vindecare în plus, ci și o amplificare și o neașteptată îmbogățire a cunoașterii în profunzime a bolnavului psihic.

Pe de altă parte, indicațiile și caracterele diferitelor neuroleptice nu se decupează după frontierele nosografice cunoscute. Psihofarmacologia procedează la un fel de extragere a simptomelor din configurația lor nozografică, la o considerare dinamică a modulării lor în timp. Se merge oare spre o nouă nosografie, sau se înțeapă o revizuire fenomenologică ce trebuie să conducă apoi la o nouă structurare a fenomenului psihopatologic? Încercînd paradoxul, putem afirma că bolnavul se modifică iar fenomenele de ameliorare pe care le manifestă

recad ca un ferment teoretic asupra concepțiilor sau uneori a speculațiilor psihiatrice. Ca o concluzie firească a celor discutate, se observă cum în psihiatria contemporană se pun în mișcare niște vaste circuite de feedback ce antrenează într-o mutuală modelare chimioterapie, socioterapie și psihoterapie.

În ultimii ani, mai mult de jumătate din literatura consacrată domeniului schizofreniei privește problemele de tratament și precumpănitor acela ale tratamentului somatic. Kalinovski, Grant, Hoch au realizat o amănunțită trecere în revistă a întregii terapii somatice. Delay și Deniker au semnat o carte devenită demult clasică despre psihotrope. P. Kielholz a sistematizat tratamentul depresiilor; la noi în țară V. Predescu și colaboratorii au elaborat în 1968 o interesantă și cuprinzătoare lucrare privind „Terapia psihotropă”.

Cu toată sobrietatea și optimismul generat de terapia somatică a psihozelor, mai există unele rezerve „casandrice” (Baruk) privind eficacitatea curelor cu neuroleptice. În schimb, Wirsch semnaleză importanța centrală a terapeutului care aplicând variate medicații le dublează cu insistența și dăruirea personală, transformând succesul terapeutic într-o victorie comună a doctorului și a bolnavului.

Discutarea generală a substanțelor neuroleptice înseamnă implicit o referire majoră la terapeutica psihozelor. De la apariția acestor substanțe până azi, aplicarea lor a devenit universală și literatura respectivă practic de necuprins. Numărul preparatelor fabricate de diverse industrii de medicamente este extraordinar de mare. Ele au calitatea comună de a putea fi sistematizate în cadrul citorva grupe mari, într-un spectru care se întinde de la Levomepromazină până la Majeptil și Haloperidol. Pentru a ne descurca în acest „labirint” semantic, ne folosim de clasificarea psihotropelor lansată de Delay în anul 1958 :

Psiholeptice (sedative psihice)

1. *Hipnotice* : barbiturice (nooleptice) clorat.

2. *Neuroleptice* : fenotiazine (timoleptice) reserpinice butirofenone.
3. *Tranchilizante* : meprobamat.

Psihoanaleptice (stimulente psihice)

1. *Stimulente ale vigilității* : amine psihotone (nooanaleptice)
2. *Stimulente ale dispoziției* : imipramina (timoanaleptice) iproniazida isoniazida.

Alte stimulente : vitamina C. etc.

Psihodisleptice (perturbatoare psihice)

1. *Halucinogene sau depersonalizante* : mescalina lisergamina psilocibina.

În 1969 Organizația Mondială a Sănătății a formulat următoarea clasificare a substanțelor active în tratamentul psihiatric : neuroleptice, anxiolitice, sedative, antidepressive, psihostimulente și psihodisleptice. Dintre neuroleptice fac parte (după T. Ciurezu și G. Timofte) fenotiazinele, reserpinele, butirofenolele, tioxantenele și oarecum derivații dibenzotiazepiniei și dibenzodiazepinici.

Fără să se poată încă vorbi de probe sau teste farmacologice specifice pentru substanțele neuroleptice, experimentul clinic nu a întârziat să acumuleze un material caracteristic neuro și psihofarmacologic care a permis — sprijinit pe o schemă de patologie ad-hoc — să fie categorisite într-o clasă de substanțe cu o „acțiune sedativă de un tip inedit, foarte diferit de diversele depresoare clasice ale sistemului nervos (hipnotice, anti-convulsivante, analgezice) cu care nu au în principiu caractere comune” (Henri Ey). În schimb, ele provoacă o stare de neutralitate și indiferență, de apatie inductoare de somn, fără a fi însă narcotice. Sînt inhibitoare ale activității locomotorii, ale excitației și agresivității și reduc simptomatologia psihotică.

Să reamintim o clasificare a neurolepticelor (Lambert, 1963) care s-a dovedit utilă în clinica psihiatrică pentru înțelegerea modului de acțiune a acestor medicamente:

neuroleptice sedative (de tip clordelazina și incluzând acepromazina, tiroidazina și levomepromazina),

neuroleptice incisive (tip tioproperazina și incluzând proclorperazina, trifluoperazina și haloperidolul).

Într-o formulare schematică vom avea următoarea secvență:

levomepromazina

tioidazina

acepromazina

clorpromazina

reserpina

proclorperazina

trifluoperazina

tioproperazina

haloperidol.

Somnolența, sedarea, astenia fizică și psihică merg descreșcând ca intensitate de la substanțele din stînga spre dreapta clasificării, de la levomepromazină pînă la tioproperazină și haloperidol. Un regim analog îl prezintă manifestarea tulburărilor vegetative (de tipul tensiunii ortostatice sau lipotimiei) care se atenuează după aceeași scară, ajungînd să se anuleze pentru haloperidol.

Anxietatea, constituind pînza de fond în diverse sindroame psihotice, este calmată de clorpromazină și mai ales de levomepromazină. Din contră produsele de tipul proclorperazinei (Stemetil, Propizin) sau tioproperazinei (Majeptil) sînt ineficace și pot chiar să inducă bufeuri anxioase ce trebuie să fie calmate cu levomepromazină și fenobarbital. În schimb, sindroamele psihosenzoriale și automate sînt repede sedate prin substanțele de tip tioproperazină (Majeptil) și haloperidol, în timp ce clorpromazina are o acțiune halucinolică modestă și numai în cură prelungită.

Este astăzi evident că marea clasă a substanțelor așa-numite „antischizofrenice” reunesce caracterul ac-

(iunii cataleptizante, constînd în sindroame extrapiramidale ale mușchiului cu acela de activitate antipsihotică. Cercetarea clinică și experimentală a neurolepticelor a părăsit de mult terenul exclusiv al schizofreniei și se aplică și în tratamentul psihozelor maniaco-depresive, al delirelor sistematizate și al patologiei marginale.

Să subliniem că s-au depus eforturi constante pentru a se exclude pe cît posibil factorii subiectivi, pentru a se izola cît mai precis acțiunea „pur medicamentoasă” a substanțelor psihotrope. Rămîne evident în discuție dacă psihotropele au numai o acțiune simptomatică, sau și o influență cauzală asupra psihozelor. O deosebită atenție se acordă în psihiatria actuală problemei tratamentului permanent al psihozei cronice, combinării medicamentoase în vederea unor efecte potențate și a neutralizării efectelor secundare.

O altă direcție de cercetare se străduiește să cuprindă, cît mai diferențiat, factorii subiectivi care influențează acțiunea medicamentelor, respectiv mediul spitalicesc, raportul medic-bolnav, poziția aparținătorilor față de tratament, influențele reciproce între bolnavii aflați sub tratament și cei netratați. Majoritatea autorilor au putut în acest fel să demonstreze că neurolepticele au efecte simptomatice, o acțiune litică asupra stării anxioase și tensionale. S-a admis, de asemenea, că îndepărtarea epistururii productiv-delirante ar permite identificarea defectului schizofrenic, a nucleului patologic original. Alte cercetări minuțioase contrazic însă această concluzie speculativă și arată că evoluția îndelungată a psihozelor tratate cu neuroleptice este doar încetinită.

Nu este clarificată problema dacă în psihozele cronice este necesară continuarea unui tratament ambulator general, după ieșirea din spital a bolnavului. Consensul general pare a fi că substanțele psihotrope se pot administra mai mulți ani, fără a produce efecte nocive perceptibile. De asemenea, că o remisiune se menține numai atîta vreme cît medicamentele au fost administrate cu regularitate, ceea ce nu exclude posibilitatea survenirii recidivelor în timpul unui tratament de protecție.

Clorpromazina lui Charpentier păstrează un loc de frunte în terapia neuroplegică. Ea rămâne eficientă atât în liniștirea psihozelor acute, cât și pentru tratamente care se întind în timp. Dar locul ei în tratamentul antipsihotic pare să fie luat de levomepromazină; aceasta posedă efecte sedative și anxiolitice mai pronunțate. Rezultatele generale arată că și în schizofreniile cronice nemodificate prin tratamentele anterioare sînt posibile remisiuni sociale, sau cel puțin ameliorări intraspitalicești notabile, sub acțiunea unei terapii intensive cu levomepromazină sau clorpromazină.

Dacă pentru psihozele acute se poate impune oprirea tratamentului la trei luni după vindecarea clinică, pentru psihozele cu o evoluție îndelungată sînt necesare cure continue și prelungite, susținute luni și ani pînă cînd se poate vorbi de o consolidare a succesului. Suspendarea tratamentului neuroleptic dincolo de un interval de trei luni aduce reactualizarea simptomatologiei psihotice (halucinații, „reîncălzirea” delirului etc.) necorelate aparent cu durata tratamentului anterior.

Este evident că pentru clorpromazină, ca și pentru orice neuroleptic, eșecul unui tratament instituit nu trebuie transformat într-o perseverare obstinantă, ci, din contră, substanța inițială trebuie înlocuită cu alta. Combinarea acestor medicamente cu alte neuroleptice incisive (Majeptil, Haloperidol), cu electroșoc sau cură de insulină, aduce rezultate superioare celor obținute prin aceste metode aplicate singure. În cura Sakel, clorpromazina și levomepromazina pot fi întrebuințate sinergic sau alternativ cu șocul hipoglicemic. Această asociație a dat rezultate apreciabile în schizofreniile învechite.

Chimioterapia schizofreniei a continuat să înregistreze cu o cadență foarte rapidă apariția — și în mare măsură succesele — a numeroase substanțe derivate din fenotiazină. În ceea ce privește *tioproperazina* (Majeptil) se semnalează efectul favorabil al asocierii sale cu levomepromazina care-i neutralizează componenta anxiogenă și îi crește toleranța. Majeptilul pare a fi indicat în special în schizofreniile cronice, ca și în stările de apatie, anormie după nominația lui Guiraud. Delay și Deniker subliniază, de asemenea, cum Majeptilul

este eficient uneori în cazurile inerte, neproductive cu disociație profundă.

O altă fenotiazină puternică aparținînd grupului de neuroleptice este *trifluorperazina* (Stelazin) care și-a dovedit eficacitatea nu numai în tratamentul schizofreniei paranoide ci și în unele forme de schizofrenie simplă. Aceste derivate declanșează — ca efect secundar — un sindrom neurologic parazitar, ce poate fi combătut cu ajutorul substanțelor antiparkinsoniene, a relaxantelor de tip periferic sau axial (Romparkin, Ponalide etc.).

Tioridazina (derivat piperidinic al fenotiazinei) cu efecte secundare discrete și cu spectru de acțiune larg (sedativ, anxiolitic, antidepresiv etc.) se întrebuințează în tratamentul ambulator sau prelungit al psihozelor acute și cronice.

Sinteza neuroplegicelor din seria butirofenonelor — serie deschisă de Haloperidol — a îmbogățit în mod strălucit arsenalul terapeutic al schizofreniei. Ca și restul fenotiazinelor „din dreapta”, butirofenonele neutralizează mai ales agitația schizofrenă sau maniacală precum și producția halucinator-delirantă a psihoticilor. Se observă uneori rezultate remarcabile și în cazurile de schizofrenie simplă, neproductivă. Eficacitatea terapeutică a neurolepticelor și producția de tulburări extrapiramidale sînt oare iremediabil legate între ele? Răspunsul definitiv un este încă posibil. El ar cere cunoașterea de profunzime a patogeniei psihozelor de care nu dispunem încă. Delay și Deniker cred că nu e posibil să separăm activitatea terapeutică puternică a unor substanțe neuroleptice de efectele lor neurologice. În orice caz, bilanțul discuțiilor înclină net balanța în sensul unei strînse corelații, deși sînt unii cercetători care amintesc doar de efecte secundare și inoportune. În practica terapeutică se înregistrează, în general, tendința de a se renunța la dozele foarte mari de fenotiazine (mai ales din jumătatea dreaptă), deoarece nu s-a pus în evidență o curbă proporțională de acțiune iar fenomenele secundare pot altera efectul pozitiv al medicației. Se tinde la adoptarea în general a poziției formulate de Delay și colaboratorii săi și anume preferarea doze-

lor moderate și, mai ales, administrarea de asocieri medicamentoase neuroleptice.

Să amintim și altă familie farmacodinamică de neuroleptice: grupul tioxanțemelor (Truxal, clorproxitenul, Sordinolul). Ele prezintă avantajul unei bune toleranțe tisulare și sînt cu succes întrebuințate în combaterea formelor invadante de schizofrenie cu anxietate anideică, depersonalizare și derealizare. De asemenea, funcționează foarte eficient în tratamentele de protecție, cronice.

Cifrele statistice ale aplicării tratamentului neuroleptic demonstrează că rubrica ameliorărilor este majoritară. Astfel stările de tensiune, iritație, excitație sînt frîmate prin efectul sedativ-apatic fără nici o tulburare sau denivelare de conștiință, fără alterații ale funcțiilor și aspectelor psihice formale. Corelatul afectiv al stărilor psihopatologice, persecuția și sentimentul de influență paranoidă, incertitudinea melancoliei ca și detașarea extatic-delirantă sînt surdinate. „Pinzele activității delirante nu mai au vînt” spune un autor. Disociația cedează pasul unei formule simple de existență vegetativ-somatică cu dominația instinctelor fundamentale (foame și somn).

În faza de debut a tratamentului neuroleptic, corespunzînd primelor zile de tratament, se obține o modificare spre indiferență a dispoziției și spontaneității care devine viscoasă, săracă. Tonusul timic coboară, anxietatea se estompează și face loc unei tendințe la somnolență. Aceasta se poate accentua pînă la o stare hipnică de o dinamică particulară. Superficial și ușor reversibil, somnul prin neuroleptice permite bolnavului să se trezească la stimuli discreți, cu o întoarcere promptă la nivelul de veghe și cu o perfectă orientare. Modificarea de fizionomie realizează o destindere cu o expresie liniștită și placidă.

Independent de tabloul nosografic considerat, există un factor comun care aseamănă reacțiilor bolnavilor la tratament și care se definește prin scăderea tensiunii și încordării, deblocare a rigidității opoziționiste sau catatone, o reducere a trăirilor hipertimice sau delirante. Astfel, maniacul își reduce excesele, depresivul găsește o ieșire din stupoarea chinuitoare, anxiosul se elibe-

rează din constrîngerea fricii iar schizofrenul își atenuază izolarea autistică și își reduce discrepanțele disociative. Agitația și tensiunea de protest dispar, iar ambianța cîștigă în calm și liniște. În faza următoare, aspectele se individualizează mai mult. Unele mai bogate și generoase, altele remitente, variantele bune și rele putîndu-se, deopotrivă, întîlni.

Uneori apar efecte secundare intense și atunci asistăm la o solicitare insistentă a bolnavului pentru întreruperea tratamentului sau la apariția de insomnii, iritabilitate, instabilitate și sindrom extrapiramidal. Încrederea și contactul pozitiv cu medicul trec printr-o perioadă nefavorabilă, solicitînd un efort de consolidare psihoterapică. Ipoteza făcută de Baruk asupra nocivității asociațiilor medicamentoase, e gratuită. Fenomenele amintite sînt sensibile la asocierea barbituricelor și antiparkinsonienelor cu neurolepticele. Dar fermitatea și insistența terapeuților permite astfel, bolnavului, să depășească această „fază” de criză a tratamentului. Faza terminală a tratamentului se realizează cu doze descrescînde; ea corespunde într-un mare număr de cazuri cu o ameliorare psihică globală, evidentă. E contraindicată scăderea bruscă sau întreruperea intempestivă a dozelor de medicamente. Experiența clinică ne demonstrează posibilitatea recăderilor psihotice, în urma unor asemenea neatenții.

Masivitatea de aplicare a chimioterapiei, nuanțarea individuală, durata administrării substanțelor psihotrope sînt expresia supletei, prezenței și extensiunii specifice prin care această terapeutică ajunge să influențeze realitatea psihiatrică și indirect gîndirea ei. Oricum, apariția și aplicarea psihotropelor au contribuit la ridicarea prestigiului psihiatriei, iar pe psihotici i-a „propulsat” la statutul de bolnavi obișnuiți în concepția opiniei publice.

Unul din importante aspecte în terapia contemporană a schizofreniei îl constituie atitudinea față de *cura insulinică (Sakel)*, chiar dacă numărul lucrărilor publicate nu se compară cu acelea dedicate medicamentelor psihotrope. Se poate spune că tratamentul cu insulină continuă să se bucure de o favoare considerabilă și fără declin în ultimii ani. Clinica lui Hoff și Arnold

continuă să considere insulina ca tratament de bază în schizofrenie. Nenumărați clinicieni prestigioși sînt de părere că această metodă de tratament își are un loc meritat în organizarea terapeutică a unui serviciu psihiatric modern. Dar, ca peste tot, pentru terapiile nespecifice, verificarea „placebo” a tratamentului cu insulină a reunit rezultate pro și contra. Dacă ar fi vorba de un fenomen liniar și monodeterminant, asemenea fapte ar deveni argumente, dar ele trebuie neapărat reconsiderate într-o extraordinar de complexă textură, astfel că semnificația lor inițială se transformă radical.

În privința prognosticului la distanță mai mare, toată lumea știe, și e de acord, că după un timp îndelungat bolnavii tratați cu insulină nu prezintă o cotă de remisiune mai mare ca cei netratați. Catamnezele recente nu fac decît să consolideze definitiv acest adevăr. Fenomenul a fost denumit de noi „coincidența curbelor evolutive la cele două capete”.

Nu putem spune că ar fi apărut criterii noi în indicația curei hipoglicemice. Avînd în vedere acțiunea mai suplă, mai nuanțată a medicamentelor neuroleptice, ele au cîștigat insidios o bătălie pe care nici n-au dat-o și au trecut pe primul loc în tratamentul schizofreniilor acute și cronice. În majoritatea cazurilor recurgem la cura de insulină dacă într-un timp limitat și oarecum standardizat nu am obținut cu neuroleptice un oarecare succes terapeutic.

Fenomenele cauzal certificabile au puterea de a se impune și ca adevăruri practice. Dar empirismul tratamentelor noastre lasă mereu o ușă deschisă ipotezelor și variantelor experimentale, ca și pentru interpelări imaginative sau uneori chiar pentru teorii mai mult sau mai puțin discutabile. Tot așa și pentru insulină unii cercetători sînt de părere că numai coma profundă, îndelungată și repetată reprezintă singura modalitate de a obține succes. Asemenea cazuri au fost analizate încă de la începutul erei insulinice, dar statisticile care au acumulat rezultatele acestui tip de tratament cu come prelungite nu au consemnat remisiuni spectaculoase.

În ultimii ani, numeroase lucrări s-au ocupat comparativ cu rezultatele obținute prin neuroleptice, respectiv

insulină. Păcat că rezultatele acestor lucrări nu pot fi comparate între ele în vederea unei sinteze, loturile de bolnavi fiind diferite și cercetările efectuate în condiții generale și metodologice deosebite. Poate că numeric, predomină acele voci ce atribuie insulinei o eficacitate mai mică în raport cu neurolepticele. Să le înregistrăm și să așteptăm. Știm că întotdeauna noutatea terapeutică se instalează cu un plus de prestigiu aprioric față de metodele mai vechi. În general, metodele actuale nu se întilnesc și se confruntă, atît într-o competiție calitativă, cît și tendința de a fi combinate, administrîndu-se concomitent cu o cură de insulină un tratament cu neuroleptice, sau continuînd cu o cură de insulină — folosită ca mordant — una medicamentoasă. S-a afirmat că în acest fel s-ar suma avantajele ambelor metode.

Rezultatul unei cure de insulină depinde foarte mult de condițiile de mediu și ambianță. Lucrările care se ocupă de modificarea tehnicii curei Sakel sînt unanime asupra acestui punct ce a constituit o mare contribuție indirectă la evoluția spitalului modern de psihiatrie. Se notează unele perfecționări în creșterea acțiunii insulinei prin controlul mai suplu al comei. Sulfamidele antidiabetice reduc simțitor cantitatea de insulină necesară obținerii unei come hipoglicemice. Hialuronidaza administrată concomitent cu insulina ar permite o resorbție mai bună și scăderea cantității de insulină necesară. Ca și mai de mult, se recomandă întrebuițarea de insulină amorfă, apoi administrarea fracționată, adăusul de ganglioplegice, antihistaminice, hormoni. Substanțe care intervin în metabolismul intermediar al glucidelor (cocarboxilaza, adenzintrifosfatul, acidul glutamic etc.) sînt recomandate ca adjuvante pentru a cîștiga în suplețe la terminarea și întreruperea comei insulinice. Pare-se că glicogenul — ca substanță antiinsulinică — ar avea un puternic efect de trezire din coma hipoglicemică. Unii au crezut că prelungirea comelor ar reduce durata generală a tratamentului. S-a procedat astfel la coma de zece ore cu ajutorul hibernației. Complicațiile au fost numeroase și metoda a căzut. S-au comunicat unele rezultate bune prin combinarea curei Sakel cu electro-narcoza.

Din toată literatura, se remarcă raritatea considerațiilor și punctelor de vedere patogenetice. Toate perfecționările privesc tehnica în sine și se abțin de la criterii de specificitate psihotropă. În schimb, atunci când există asemenea afirmații, ele ne dau un teribil sentiment de schematism. Efectul este coexistența unui evantai de părerii. Pentru unii, cura Sakel rămâne metoda cea mai eficientă în fazele stupuroase ale catatoniei și în schizofrenia unde predomină sindromul paranoid-halucinator. După alții, mai ales în invadările acute cu evoluție remitentă și mult mai puțin eficace în forma simplă și hebefrenică. Gissen consideră că deși este mai puțin întrebuințată în ultimii ani, cura Sakel provoacă în schizofrenie ameliorări și remisiuni de cea mai bună calitate, mai ales în stadiile incipiente ale bolii, cu excepția cazurilor cu debut toxic, malign, unde trebuie instituită mai înfrântă o terapie destressantă și desensibilizantă.

Considerăm că aplicarea curei Sakel rămâne un element de bază în ansamblul terapiei actuale a schizofreniei. Asupra modalităților asocierii insulinoterapiei cu alte metode vom reveni după discutarea acelor. Ca și majoritatea clinicienilor, credem că un număr de cincizeci de come hipoglicemice reprezintă o limită, inutil și uneori riscant de a fi depășită, în cadrul unei cure.

Privitor la *terapia convulsivantă*, trebuie să arătăm că aceea prin cardiazol, folosită încă în unele țări occidentale, a fost de mult abandonată la noi. În spatele liniștei care acoperă treptat *terapia convulsivantă* medicamentoasă mai există adepți ai unor combinații. Astfel Arnold recomandă asocierea curei insulinice mai curînd cu șocul cardiozolic decît cu electroșocul, primul avînd o acțiune hipoxică cotricală mai puternică. Dealtfel și șocul cu cardiazol se aplică astăzi sub relaxante musculare sau sub narcoză scurtă. Unii cred că prin asocierea cu fenotiazine, rezultatele ar fi mai bune decît în *terapia convulsivantă* singură.

Cu toate că se continuă în literatura psihiatrică publicarea a numeroase lucrări, privind modul de acțiune și aspectele tehnice ale electroșocului, toate acestea nu pot să mascheze faptul că el a pierdut ca metodă de tratament în schizofrenie foarte mult din importanța lui

primordială. Dealtfel, un defect al comunicărilor respective este referirea la un material constituit din schizofreni numai într-o mică măsură. Doar în catatonie acută electroșocul (E.T.C.) a rămas tratamentul de elecție. Cu toate aceste rezerve, există autori care arată că bolnavi cu o cronicitate îndelungată pot fi ameliorați prin electroșoc, dacă acest tratament este inclus într-un program bogat de ergo și psihoterapie.

În principiu, sîntem de acord că electroșocul nu este încă de abandonat în pofida dezvoltării masive a medicației psihotrope. Dar peste tot unde rezultatele terapiei electroconvulsivante au fost confruntate cu cele prin neuroleptice, cele din urmă s-au arătat a fi mai eficace. De aceea și recomandările profilactice ale electroșocului pentru prevenirea unei recidive s-au redus în fața soluției oferite de neuroleptice. Lauretta Bender recomandă și acum electroșocul ca adjuvant important în tratamentul schizofreniei infantile.

Combinarea terapiei electroconvulsivante cu neuroleptice a preocupat mulți autori și în această direcție părerile nu sînt uniforme. Totuși majoritatea s-a raliat opiniei că asociația este favorabilă și fără riscuri.

Entuziasmul pentru *metodele psihochirurgicale* a intrat într-un crepuscul aproape la fel de rapid ca și zgomotoasa vogă a metodei acum aproape două decenii. În țara noastră ea a fost abandonată în urma unor critici formulate mai ales de neurologi.

Ceea ce se publică azi în literatură, sînt predominant catamneze care, pe măsură ce se extind la o perioadă mai îndelungată de timp, devin semnificative pentru aprecierea longitudinală a lobotomiei, pentru controlul și interpretarea rezultatelor anterioare. Comentariile și statisticile cele mai obiective (pe loturi nediferențiate de bolnavi) au crezut că pot să afirme pozitivitatea rezultatelor lobotomiei în jumătate din cazuri. Rezultatele aparent mai bune la bolnavii vîrstnici se atenuează pînă la dispariție după zece ani.

În orice caz, știm astăzi cu certitudine că perioada de ascensiune a lobotomiei prefrontale a coincis de multe ori cu o criticabilă lipsă de discernămint și cu abuzuri terminate prin inevitabile eșecuri. Medicamentele psihotrope au adus printre altele o incidență mult

Din toată literatura, se remarcă raritatea considerațiilor și punctelor de vedere patogenetice. Toate perfecționările privesc tehnica în sine și se abțin de la criterii de specificitate psihotropă. În schimb, atunci când există asemenea afirmații, ele ne dau un teribil sentiment de schematism. Efectul este coexistența unui avantaj de părerii. Pentru unii, cura Sakel rămâne metoda cea mai eficientă în fazele stupuroase ale catatoniei și în schizofrenia unde predomină sindromul paranoid-halucinator. După alții, mai ales în invadările acute cu evoluție remitentă și mult mai puțin eficace în forma simplă și hebefrenică. Gissen consideră că deși este mai puțin întrebuintă în ultimii ani, cura Sakel provoacă în schizofrenie ameliorări și remisuni de cea mai bună calitate, mai ales în stadiile incipiente ale bolii, cu excepția cazurilor cu debut toxic, malign, unde trebuie instituită mai înțifi o terapie destressantă și desensibilizantă.

Considerăm că aplicarea curei Sakel rămâne un element de bază în ansamblul terapiei actuale a schizofreniei. Asupra modalităților asocierii insulinoterapiei cu alte metode vom reveni după discutarea acelor. Ca și majoritatea clinicienilor, credem că un număr de cincizeci de come hipoglicemice reprezintă o limită, inutil și uneori riscant de a fi depășită, în cadrul unei cure.

Privitor la *terapia convulsivantă*, trebuie să arătăm că aceea prin cardiazol, folosită încă în unele țări occidentale, a fost de mult abandonată la noi. În spatele liniștei care acoperă treptat terapia convulsivantă medicamentoasă mai există adepți ai unor combinații. Astfel Arnold recomandă asocierea curei insulinice mai curînd cu șocul cardiozolic decît cu electroșocul, primul avînd o acțiune hipoxică cotricală mai puternică. Dealtfel și șocul cu cardiazol se aplică astăzi sub relaxante musculare sau sub narcoză scurtă. Unii cred că prin asocierea cu fenotiazine, rezultatele ar fi mai bune decît în terapia convulsivantă singură.

Cu toate că se continuă în literatura psihiatrică publicarea a numeroase lucrări, privind modul de acțiune și aspectele tehnice ale electroșocului, toate acestea nu pot să mascheze faptul că el a pierdut ca metodă de tratament în schizofrenie foarte mult din importanța lui

primordială. Dealtfel, un defect al comunicărilor respective este referirea la un material constituit din schizofreni numai într-o mică măsură. Doar în catatonia acută electroșocul (E.T.C.) a rămas tratamentul de elecție. Cu toate aceste rezerve, există autori care arată că bolnavi cu o cronicitate îndelungată pot fi ameliorați prin electroșoc, dacă acest tratament este inclus într-un program bogat de ergo și psihoterapie.

În principiu, sîntem de acord că electroșocul nu este încă de abandonat în pofida dezvoltării masive a medicației psihotrope. Dar peste tot unde rezultatele terapiei electroconvulsivante au fost confruntate cu cele prin neuroleptice, cele din urmă s-au arătat a fi mai eficace. De aceea și recomandările profilactice ale electroșocului pentru prevenirea unei recidive s-au redus în fața soluției oferite de neuroleptice. Lauretta Bender recomandă și acum electroșocul ca adjuvant important în tratamentul schizofreniei infantile.

Combinarea terapiei electroconvulsivante cu neuroleptice a preocupat mulți autori și în această direcție părerile nu sînt uniforme. Totuși majoritatea s-a raliat opiniei că asociația este favorabilă și fără riscuri.

Entuziasmul pentru *metodele psihochirurgicale* a intrat într-un crepuscul aproape la fel de rapid ca și zgomotoasa vogă a metodei acum aproape două decenii. În țara noastră ea a fost abandonată în urma unor critici formulate mai ales de neurologi.

Ceea ce se publică azi în literatură, sînt predominant catamneze care, pe măsură ce se extind la o perioadă mai îndelungată de timp, devin semnificative pentru aprecierea longitudinală a lobotomiei, pentru controlul și interpretarea rezultatelor anterioare. Comentariile și statisticile cele mai obiective (pe loturi nediferențiate de bolnavi) au crezut că pot să afirme pozitivitatea rezultatelor lobotomiei în jumătate din cazuri. Rezultatele aparent mai bune la bolnavii vîrstnici se atenuează pînă la dispariție după zece ani.

În orice caz, știm astăzi cu certitudine că perioada de ascensiune a lobotomiei prefrontale a coincis de multe ori cu o criticabilă lipsă de discernămint și cu abuzuri terminate prin inevitabile eșecuri. Medicamentele psihotrope au adus printre altele o incidență mult

mai fină în constituirea și compararea grupelor de control, în lobotomie. Deoarece teritoriul lobotomiei stă la încrucișarea a două discipline deosebite : psihiatria și neurochirurgia, s-a întâmplat, în timp, un fel de pendulare între punctul de vedere al psihopatologilor și al chirurgilor neurologi. Astăzi evaluarea rezultatelor din lobotomie se face printr-o complexă apreciere a personalității, atât premorbide cât și postlobotomice.

Dacă ne extindem în literatură, găsim uneori situații care par să dovedească eficacitatea și utilitatea metodei. Cele mai bune cazuri verificate printr-o observație ce depășește cinci ani, au fost reprezentate de schizofrenii confirmate, cu activitate halucinatorie și autism și care au rămas refractare la toate celelalte tentative de tratament. Cazurile grave de „mare schizofrenie” (Henri Ey) cu deteriorare structural-dinamică a persoanei și „pustiire” afectivă nu justifică lobotomia în nici un fel și impun tratamentul cu neuroleptice.

E interesant de remarcat că atunci când se discută despre avantajele și dezavantajele diverselor manopere psihochirurgicale — mai ales ale lobotomiei prefrontale — se neglijează aprecierea riguroasă psihomotrică a stării de deteriorare și deficit în momentul intervenției. Rezultatele se judecă în raport cu personalitatea premorbidă, sau cu o curbă ideală de vindecare a procesului. Alteleori, reducerea și reinserarea socială post-operatorie depind de succesul intervenției. Cu toată înconfortabila desfășurare a discuției se poate admite că în extremis și în cazul în care judecata pluridimensională a clinicianului reunește elemente și argumente peremptorii să se poată aviza intervenția.

În sinteza lui Hafner, asupra excluderii operatorii a creierului prefrontal și modificărilor ulterioare de personalitate, s-a notat succesul unei cure medicamentose în lobotomie. Reactivitatea unor bolnavi ar fi modificată prin intervenție și, deseori, se pot obține apoi ameliorări remarcabile cu neuroleptice.

Psihoterapia este o cerință obligatorie în tratamentul psihozelor, relația terapeutică fiind condiția și fundamentul oricărei încercări de ameliorare sau vindecare psihică. Punctul de plecare în această problemă îl con-

stituie studiile lui Klaesi care — după K. Kolle — a fost primul optimist în ceea ce privește psihoterapia schizofreniei. Psihoterapia trebuie să facă abstracție în acest caz de etiologia somatică a schizofreniei și să se ocupe de istoria individuală a alienatului. Există în acest sens păreri (Klaesi, K. Kolle etc.) care consideră că unele simptome schizofrene sînt „psihogene” și ca atare se pretează la un tratament psihoterapic. Psihoterapia de model psihianalitic se înscrie tot în această arie de tratament, folosind însă tehnicile ce îi sînt specifice.

Dealtfel, psihoterapia este o parte a sufletului omenească. Chimioterapia materializează și mediază relația psihoterapeutică. Dar, dacă toate remediile se uzează („uzură psihologică”) eficiența și prestigiul medicilor rămîne ca o constantă omenească. Așa de tare funcționează această regulă încît constatăm că medicina a fost secole de-a rîndul eficace, deși nu dispunea de mijloace medicamentose probate științific. Pînă tîrziu în istoria medicinei, aproape toate medicamentele nu aveau o eficacitate obiectivă probată iar efectul *placebo* reprezenta succesul terapeutic integral. Medicina științifică este precedată de o istorie nesfîrșită a placeboului!

În loc de a aminti numeroasele și variatele tehnici psihoterapeutice din cîmpul psihiatriei contemporane preferăm să amintim că în psihoterapia psihozelor eforturile sînt îndreptate spre resocializarea bolnavilor, spre reinserarea lor în realitatea lumii, în viață, așa cum este trăită în jurul lor. Iar acele metode psihoterapeutice care îl îndeamnă și încurajează pe bolnavul psihotic să-și expună și analizeze trăirile eșuează de două ori : nici nu ajută bolnavul să se vindece și nici nu clasifică mecanismele de bază ale psihozelor. Aici începe și se sfîrșește „drama” psihoterapiei psihanalitice!

Activitatea, munca este „nucleul și steaua psihoterapiei” (V. Săhleanu). Să completăm această înțeleaptă definiție cu aforismul lui Goethe „înțelegerea nu mă ajută, înțelepciunea — puțin ; timpul — mult ; activitatea — deplin”. Din această cauză psihoterapia schizofreniei este cu precădere combinată sau chiar trebuie să înceapă cu *ergoterapia*. Cel care a deschis

drumul ergoterapiei a fost H. Schiller, dar științific a aplicat-o cu patruzeci de ani în urmă H. Simon. Chiar dacă ea nu atacă straturile profunde ale alienatului și nu are acțiune curativă, oprește ceea ce este încă bun, funcțional în psihismul bolnav să nu se ruineze.

Psihoterapia psihozelor trebuie să se desfășoare extrem de diferențiat, știut fiind că cea mai lungă evoluție (și spitalizare) o prezintă schizofrenia, cea mai comună suferință e depresia, iar cel mai dificil de tratat pare a fi maniacul exaltat, care se simte mai bine ca oricând și nu-și dă seama că are nevoie de tratament. Dar, din cele afirmate nu înseamnă că tratamentul schizofreniei e mai facil, ci, dimpotrivă este încărcat de o mare responsabilitate.

Importanța aplicării *psihoterapiei individuale* și de *grup* în tratamentul psihozelor este considerabilă în zilele noastre, deoarece creșterea frecvenței formelor incipiente de psihoze, mai puțin expresive și frapante, tinde să devină o regulă în clinica psihiatrică. Un important număr de cazuri incipiente ajung să fie tratate curînd după ce fenomenele de modificare a personalității au fost înregistrate în anturajul bolnavului și au deformat modelul obișnuit de existență. Sau l-au adus spontan la consultații pentru modificări „de neexplicat” ale senzorialității, ritmului de somn etc. Un alt factor apreciabil al acestei deplasări spre partea incipientă a diagramei evolutive rezultă din acțiunea competitivă între substanțele psihotrope și procesul psihotic. Rezultatul acestei situații constă în această extensiune din ce în ce mai mare a formelor simple, mai puțin zgomoatoase sau brutale în manifestări, care se pretează la o asistență psihoterapeutică.

Și astfel s-a ajuns ca psihiatrul modern să nu mai fie doar un simplu spectator avizat al procesului psihotic. El devine în „rivalitate” cu boala un experimentator activ, investit cu nobila misiune „de a fi ecou strigătului de singurătate al celui aflat în impas” (I. Vianu). El trebuie să practice o *psihoterapie totală* care are o dublă menire: pe de o parte încearcă o *restructurare* a vieții subiective a psihoticului și concomitent este polarizată spre o *ameliorare a mediului de*

inserție socio-cultural al bolnavului psihic. Finalul tratamentului complex (medicamentos și psihoterapic) nu trebuie să se reducă la „consolarea” bolnavului ci la reangajarea lui socială, familială, profesională.

Psihoterapia trebuie să fie „structurată” (I. Vianu), adică să vizeze bolnavul psihic în dialectica determinărilor sale caracteriale, situaționale și motivaționale, să-și pună la modul serios problema „structurii postterapeutice” a bolnavului. În plus ea trebuie să fie ancorată în contemporaneitate, să dialogheze și să vizeze metamorfozele viitorului. Singura garanție de viață a psihoterapiei este — după I. Vianu — ascultarea atentă a evoluției sociale și funcționarea ei ca o parte a psihiatriei comunităților.

Dialectica raporturilor dintre tratamentul medicamentos și psihoterapie în psihoze este în continuă schimbare, iar azi constatăm creșterea importanței și ponderii psihoterapiilor de grup și a ergoterapiei față de tehnicile psihoterapeutice individuale. Ceea ce nu înseamnă că psihoterapia individuală este abandonată, ea continuă să funcționeze în răscumpărarea condiției alienante ca o nuanțată garanție anti-anxioasă a psihismului desfigurat de boală.

Conduita psihoterapeutică este implicată pe toată durata tratamentului anti-psihotic. La începutul lui, pentru a-l determina pe bolnav să urmeze tratamentul medicamentos sau electroconvulsivant, pe parcurs pentru a consolida rezultatele tratamentului somatic și a încerca o reorientare a liniilor de forță a psihismului depersonalizat și derealizat.

Deseori sîntem surprinși de stadiul avansat al procesului psihotic, atunci cînd bolnavul se prezintă la medic. În plus, familia are o atitudine ambiguă față de medic și trebuie depuse eforturi susținute pentru ca boala să fie acceptată, să fie înțeleasă necesitatea tratamentului de lungă durată, precum și revizuirea relațiilor psihoterapeutice între familie și medic. Alteori, se întîmplă ca familia să se dezintereseze de bolnav sau chiar să-l abandoneze.

Întîlnim frecvent și situații în care un bolnav psihotic induce delirant pe unul sau mai mulți membri ai familiei, încît după un timp e dificil să diferențiem în-

dusul de inductor. Izolarea celor două persoane delirante face ca cel indus să revină în scurt timp la normal. Atitudinea psihoterapeutică față de familia psihoticului are în aceste cazuri o valoare fundamentală.

Partea tristă în remisiunile psihotice constă în sechelele, deformările și sărăcirile globale ale funcțiilor psihice. Această constatare are însă și un corolar favorabil: dacă tratamentul somatic este urmat de o perioadă de reajustare socială, de treptată regăsire și reluare a funcțiilor sociale în grupul omenesc de inserție șansele în timp ale vindecării și însăși calitatea ei crește considerabil. De aceea tratamentul biologic trebuie să fie urmat de o activitate de consolidare a personalității psihotice care a fost smulșă din disocierea și dezmembrarea alienantă. Aceasta este partea cea mai delicată și dificilă a tratamentului.

Deosebirea statistică între rezultatele curelor de tratament exclusiv somatic și cele care s-au completat cu această reeducare (psihoterapie constructivă) și readaptare a bolnavilor în societate au demonstrat încă odată că dacă prima parte a tratamentului se adresează mecanismelor fundamentale ale bolii, a doua parte trebuie să se orienteze spre aspectul personal al individului disociat. Și astfel psihiatria nu înregistrează succese mai mari decât atunci când contribuie și se manifestă ca o „medicină a persoanei umane”. Această lege fundamentală își capătă o admirabilă semnificare și aplicare în tratamentul psihozelor, care dăinuiește ca cea mai serioasă și gravă problemă de patologie mintală și de terapeutică psihiatrică.

Terapeuticele numite *ergoterapii* care urmăresc readaptarea la muncă a bolnavilor au o funcție socială evidentă (socioterapie) bolnavul redevenind — după V. Săhleanu — „persoană” și „valoare”. Se urmărește deci valorizarea bolnavului și mult mai puțin valorificarea lui. Socioterapia îl echilibrează, îi trezește interese, inițiative, încredere în forțele proprii, îi canalizează energia și sustrage de la preocupările morbide.

Psihoticul reprezintă o problemă socială pentru societatea în care trăiește și acționează, fiindcă adeseori poate perturba dinamica grupului social. Legea solidari-

tății umane care stă la baza eticii sociale ne îndeamnă să ne ocupăm de alienați ca și de copii, adulți sau bătrâni suferinzi. Certitudinea că atunci când un ins uman își „pierde” facultățile sale mintale societatea îl va ocroti ne dă tuturor curaj și liniște în existență. Iar mediul spitalicesc psihoterapeutic organizat trebuie să funcționeze pentru psihotic drept echivalent de familie și cămin cu garantarea aspectului material al acestei ocrotiri.

Asigurarea climatului psihologic este important și dificil de realizat, deoarece el implică o înaltă conștiință socială și o temeinică pricepere profesională. Și nu orice om binevoitor poate ocroti alienații mintali. Pe cât se poate, trebuie asigurate — în funcție de fazele bolii — posibilități bolnavului de a munci, de a se ocupa, de a-și menține conștiința că reprezintă un membru al societății. Uneori această participare devine dificilă, alteleori imposibilă și silește pe psihotic să se retragă în el, să se compenseze de multe ori delirant din cauză că a fost rupt din țesătura vie a familiei sociale. Dar, trebuie să facem totul pentru a garanta și actualiza mereu sentimentul de solidaritate interomenească.

DELIRELE CRONICE SISTEMATIZATE

La marginea grupei psihozelor schizofrenice, școala de psihiatrie germană a plasat **delirele cronice sistematizate** (fazofrenia, parafrica, paranoia), caracterizate printr-o modificare generală a persoanei existente și o concomitentă transformare a lumii într-o paralume. Marea patologie psihiatrică înregistrează astfel forme delirante care nu au o extensiune excesivă, deoarece cuantumul de conștiință, de timp ocupat, de energie folosită de suferindul mintal e mai mică decât în alte psihoze „generalizate”. De fapt, nu există psihoze „parțiale” și „generalizate”, întrucât psihismul constituie o unitate și nu poate fi considerat sectoral. Dar practic, se constată uneori că aspectele „parțiale”, circumscrise, ale gândirii derealizate nu se amestecă, că bolnavul delirează în unele sectoare și momente, în altele nu, că viața socială sau familiară e posibilă etc. Acesta e domeniul delirelor cronice sistematizate.

Justificarea diagnostică se operează prin asemănarea aparentă cu delirul schizofren de care delirul sistematizat se deosebește însă prin caracterul de *cronicitate* și prin minorul succes terapeutic înregistrat. Un delirant cronic poate trăi printre oameni, deci în societate, avându-se însă grijă ca oricând se „încălzește” delirul său, acesta să fie tratat. Pacientul poate fi coerent și în perimetrul delirului, ca și în afara lui.

Cea mai favorabilă formă de delir cronic este reprezentată de **fazofrenie**; în ea delirul „întră”, se dezvoltă și deși este prea puțin influențat prin tratament se retrage. Revine apoi după un timp cu un con-

ținut tematic asemănător, ca și cum ar avea un fel de „ceas interior” montat pentru întreținerea unei periodicități pendulare. Remisiunea se citește prin faptul că fazofrenul începe să minimalizeze, să devină indiferent și să se elibereze de ceea ce înainte era trăit cu o maximă intensitate („nu-mi pasă”, „au dispărut” etc.). Când „ies” din delir, bolnavii știu tot ce au trăit și ne oferă cele mai formidabile descrieri de experiențe mintale, deoarece le-au reținut în memorie.

Când fazofrenia se permanentizează, devine un fel de enclavă psihotică în psihism și se numește **parafrica**. Perpetuarea structurii delirante se realizează ca într-o psihoză schizofrenă, extinderea delirului fiind mai mare decât în schizofrenie. Delirul se sprijină și se dezvoltă pe un material halucinator, pe trăiri interpretative, pe un climat persecutoriu sau de influențe de la distanță, pe sentimentul imixtiunii în existența suferindului. Există tot felul de tipuri de delir: de invenție, fantastic, paranoic (de reformă, autoritate, megaloman, grandoman, gelozie etc.).

Cea mai simplă definiție a delirului e aceea care enunță că este vorba de o activitate psihică în afara de realitate. Dar trebuie să-i aducem o serie de amendamente menite să ne apropie de mecanismul de producere și desfășurare a gândirii delirante cronice:

1. Delirul apare independent și „impermeabil” realității. Condiția dominantă a conștiinței normale, adică raportul dinamic cu lumea, „liberul schimb” cu realitatea nu mai are valoare pentru delirantul cronic. Împărțirea raporturilor cauzale în „posibilitate” și „imposibilitate” dispăre prin asimilarea lor într-o categorie unică de necesar și absolut.

2. Controlul experimental prin fapte nu există sau, mai corect, nu are nici un fel de eficacitate și e nedorit.

3. Gândirea „elaborează” o cunoaștere care se înscrie în afara de lumea reală (gândire dereistică sau dereală). Contiguitatea poate înlocui cauzalitatea iar sentimentul, judecata de valoare. Rezultatul acestor mecanisme de bază ale gândirii delirante alimentează sentimentul de *certitudine absolută*, precum și imposibilitatea de a suferi o influență critică. Dominanța afectivă

sau catatimia devine sursa principală a convingerii absurde, iar construcția anti-reală a lumii se dezvoltă ca o „ciupercă” pe fondul delirant. Nivelul delirului poate fi multiplu, fie că îl considerăm în desfășurarea lui la același individ, fie în ansamblu cu diversele lui variații și forme. Persoana bolnavului nu este aceea dinaintea de boală plus delirul, ea reprezintă o modificare generală, o „restructurare” la un nivel mai simplu. Delirul nu e produsul bolii, nici boala produsul delirului. Ci, psihoza are ca activitate de gândire diverse forme delirante a căror structură poate merge de la simplu (delirul oniric) până la construcții complexe ce echivalează aproape în bogăție realitatea lumii adevărate (delir parafren). El poate avea o structură strânsă, „țesută” dintr-un material abstract, iar articulațiile dintre părți să fie destul de funcționale. Se numește *sistematic*, se mișcă în timp, se ramifică sau se restrânge. Gradul de organizare se poate, de asemenea, schimba.

Parafrenul este mai comunicant, mai stăpîn pe lume și mai puțin autist decât schizofrenul. Limbajul parafren nu se descompune pînă la indescifrabilă de structurare a *schizofaziei* întîlnită în schizofrenie. De aceea, el este mai comprehensibil și inteligibil, limbajul lui putînd fi povestit. „Lumea” parafrenă este deosebit de prolifică în expresie (poeme, pictură, versuri etc.).

Cercetările moderne de eredobiologie arată că ceea ce Kraepelin numea **paranoia**, este un tip aparte al parafreniei. Acești bolnavi prezintă — după K. Kolle — de la începutul bolii pînă la sfîrșitul ei, un delir într-o formă închisă și „logic” construit, unde nici după ani de evoluție nu apar alte simptome. În afara sistemului lor delirant ei lasă impresia unor oameni normali, cu o vitalitate robustă, cu o ereditate adeseori bună, cu debut tardiv al delirului. Dar persoana se metamorfozează delirant (ca în spatele unei fațade) și nu mai are nimic de-a face cu realitatea. În afara delirului rămîne un rest mai puțin absurd decât al schizofrenului.

Mayer-Gross se îndoiește că există un caz „ideal” de paranoie. Și totuși contradicțiile interne ale gândirii delirante manifestate ca trăiri ireductibile și periculoase, alimentează nesfîrșit experiența clinică. În cazul unor delire cronice circumscrise, o parte a vieții subiective

care mai reflectă încă valabil realitatea alimentează tematic delirul, adică îl tolerează și cedează acestuia noi teritorii. Nu e vorba de o cotă sănătoasă a psihismului, ci de o formă generală de organizare. Extinderea delirului, consolidarea lui, etapele pe care le parcurge constituie un etalon al progredienței tulburărilor din substrat (Snejnevschi). Uneori, coexistența reflectării analogice cu cea patologică, „dubla contabilitate” amintită de psihiatrii clasici, permite acțiunea în afara delirului a legilor logice. Această posibilitate o întîlnim — după E. Pamfil și S. Stössel — la paranoici, fapt clinic care ridică cele mai diferite și cele mai pasionante probleme în analiza delirelor.

Paranoia se poate asemana cu un sistem de interpretare a lumii, a societății, a valorilor din care individul bolnav deduce o situație de nerecunoaștere a propriei valori și față de care el se apără enunțîndu-și propria dreptate, cu o convingere absolută sau cu dorința de supremație subiectivă față de ceilalți oameni. Lumea delirului este dominată de o lege de bază: alterarea infrastructurală a psihismului prin degradarea valorilor morale, închistarea într-un egoism insular, agresiv, de persecuție etc. terminînd întotdeauna prin sentimentul adevărului propriu. E ceea ce se cheamă paranoism (paranoie=cunoaștere diferită).

K. Schneider explică în ce chip ideea delirantă poate interesa ființa proprie (hipocondrie, descendență regală), persoane străine (persecuție, prejudiciu, gelozie) sau anumite situații și obiecte (invențiile). Aceste cazuri nu sînt prea dese și la ele se ridică problema dificultății de diagnostic diferențial cu dezvoltările anormale ale persoanei. Le putem numi împreună cu K. Kolle parafrenii, împreună cu Gaupp paranoia, dar K. Schneider și cu Janzarik le consideră ca un tip aparte de schizofrenii. Cverulența se întîlnește în ambele ipostaze: și în psihoză și în psihopatia paranoică. Ea nu ține de conținutul respectivului delir, ci este factorul dinamic în ambele cazuri, deoarece gelozia, hipochondria și delirul de invenție pot fi duse la capăt în viața reală într-o manieră cverulentă.

PSIHOZELE EXOGENE *

„Interogarea sfinxului” în bolile psihice nu s-a putut niciodată despărți sau autonomiza deplin din înglobantul mai general al antropologiei filosofice, decât cu riscul unei desfigurări fundamentale. Discuția despre statutul bazal și portant al acesteia este inclusă dintotdeauna și firesc în orizontul problematicii relațiilor corp-suflet. În psihiatrie *dualismul cartezian* s-a metamorfozat parțial în binomul „endogenie-exogenie”. Tot ce implica o atingere corporală certă și cunoscută, a fost și mai este etichetat drept tulburare psihică *exogenă*. Iar acolo unde tulburarea corporală nu este evidențiabilă cu certitudine, ne plasăm în domeniul euristic cețos al *endogeniilor*. Încercările de nosografie psihiatrică au fost deci întovărășite de o concepție despre etiologia — în cel mai larg sens — bolilor psihice, simpla sistematică clinică nefiind eficientă nici dintr-o perspectivă strict medicală și nici din cea antropologică.

Asupra capitolului psihoze, discuția se poartă de fapt și astăzi în termeni: *exogenie* sau *endogenie*? Progresul cunoașterii de profunzime a patologiei a permis și remarcabile retușări ale concepției noastre despre bolile psihice. Totuși rămân învăluite încă de un halou destul de enigmatic schizofrenia și psihoza maniaco-depresivă. Circumscrierile din ce în ce mai exacte ale altor entități psihopatologice le-au lăsat, din punctul de vedere al descifrării cauzale, în penumbră. În acest sens, se menține încadrarea lor nosografică în

* Mulțumim doctorului Ovidiu Pantazopol pentru substanțiala contribuție oferită la redactarea acestui capitol.

domeniul așa-numitelor psihoze endogene. Într-un fel „endogenia” s-a constituit prin eliminările succesive ale altor modalități patologice.

Spre mijlocul secolului al XIX-lea, Griesinger parafează desprinderea psihiatriei științifice de speculația sterilă, revendicând organicitatea, unicitatea și baza fiziologică cerebrală a psihozei unice. Bolile psihice ar constitui astfel etape ale unui unic proces psihotic. Astăzi, tendința spre o concepție unitară a psihozei se poate regăsi pregnant ilustrată la Henri Ey, care concepe patologia mintală pe scara unei destructurări graduale a conștiinței.

Conceperea specificității psihozei este meritul perioadei în care din teritoriul magmatic al unei psihologii antropologice statu nascendi psihiatria încerca să-și definească începuturile unui drum autonom. Dar această „autonomie” va fi o iluzie. Ca și pentru psihologie, complementaritatea punctului de vedere filosofic se impune oricărei viziuni psihopatologice în măsura în care ea se dorește semnificativă pentru o antropologie. Periplul încercat în jurul perioadei de germinație a acestei științe se poate extinde până în zilele noastre pe marginea oricărei doctrine psihiatrice dense, din dubla perspectivă, științifică și filosofică (dacă ele se pot... despărți!).

Kraepelin va pretinde psihiatriei identificarea specificității tabloului clinic declanșat de agenții patogeni cunoscuți. În replică, la începutul secolului nostru, K. Bonhoeffer va descrie modalitățile comune de reacție exogenă ale psihismului, care se manifestă în conformitate cu anumite mecanisme preformate. Iar Kraepelin va vorbi de provocarea acestor „registre proprii” ale domeniului afectat. Bonhoeffer încetățenește definitiv „exogenia”. Antica „phrenitis” („febra minții”) capătă astfel un domeniu bine delimitat.

Modalitățile simptomatice comune găsite de Bonhoeffer pentru agresiunile somatice vor fi: starea crepusculară, amenzia, halucinoza, delirul, agitația epileptiformă. Tulburările de conștiință centrale și majore, tulburările emoționale, halucinațiile, manifestările motorii și amnezia ulterioară prefigurează ceea ce astăzi

numim „sindromul cerebral acut” sau „sindromul organic” atât de temut de către clinician.

Delimitarea nosografică de către Kraepelin a psihozei maniaco-depresive și conturarea teritoriului schizofreniei va naște un abis între certul domeniu al exogenilor și tainicele psihoze endogene ce vor fi descrise prin contrast, ca modificări ale psihismului venind din „interiorul eului” (Wyrsh), sau ca dezorganizări într-un obscur „Endon” (Tellenbach). Această dihotomie clinică este perpetuată pînă astăzi, mai ales în psihiatria germană. Dar se revine mereu la piatra unghiulară a oricărei psihopatogeneze : „în interiorul cui, a corpului sau a spiritului” ? cum pe bună dreptate se întreabă Guiraud. Pentru Henri Ey, „nu între psihoza endogenă și exogenă se găsește demarcația naturală. Repulsia pentru găsirea unei cauze naturale a nebuniei este prejudecata împotriva căreia s-a constituit psihiatria. Orice maladie endogenă este pură sau tipică, pentru că nu poate proveni decît din constituția însăși a speței umane și a varietăților sale, adică în ultima analiză din structura genotipică a ființei”.

Clasificarea psihozelor în cele două mari clase — din perspectiva unei sistematice absolute — ne apare operantă numai cu serioase rezerve. Dipolul corp-suflet este acceptat mai mult arbitrar și oarecum rutinier, ca o perpetuare a unui cartezianism inacceptabil. *Organicitatea* psihozelor exogene nu exclude în nici un fel afectarea materială mai intimă, la un nivel mai profund a ceea ce astăzi delimităm încă în cadrul unui empirism clinic ca psihoze endogene. S-a ajuns în situația unor poziții adesea paradoxale : excluderea în general ab initio a unei boli pur „sufletești” (deși admisă ca atare de unii ca Wyrsh) și în același timp imposibilitatea practică de a respinge direcțiile mari ale euristicii nosologice clasice. Structurarea expresiei fenomenologice a procesului morbid și nivelul „leziunii” biologice cunoscut, sau alteori doar ipotetice, nu pot fi încă corelate în mod convingător pentru a oferi o soluție tranșantă. Și atunci, deseori ne mulțumim cu un joc al etichetelor fără acoperire.

Cu tot riscul împotmolirii într-o aporetică sterilă în planul discuției teoretice, depistarea la nivel clinic a

unui eventual factor exogen ne apare de o importanță covârșitoare. Pentru K. Schneider boala psihică nu poate fi definită doar somatic, nici numai psihologic și nici exclusiv social. Numai în zona spiritualului și corporalului reunite, apare boala în sens propriu. De fapt, această opinie apare ca un final al unei lungi serii de meditații ale antecesorilor. Pentru psihoze, concluzia se impune în mod peremptoriu, dar apoi dialogul se prelungește pentru considerarea antropologică a psihopatiilor și nevrozelor. K. Schneider se va situa din necesități practice de sistematică pe solul unui dualism empiric care i se impune.

În seria bolilor somatic determinate își vor găsi astfel locul *psihozele simptomatice (exogeniile)*. Noțiunea de exogenie se va referi la agenți patogeni identificabili din afara encefalului, lezîndu-l direct sau antrenîndu-l secundar în cadrul mai larg al unui oarecare capitol de patologie generală. Deci se declanșează o epifenomenologie psihiatrică la un agent cauzal survenind intempestiv sau printr-o acțiune prelungită (de „uzură”) pe o bază biologică pînă atunci presupusă a fi indemnă.

Psihozele endogene sînt în schimb cu siguranță afecțiuni specifice mintale, perturbarea funcțiilor psihice fiind nu epifenomen, ci fenomenul revelator însuși, expresia directă și obligatorie a dezorganizării structurilor generative ale psihismului. Impresia de „organicitate” a unei psihoze ca și cea de „destructurare primară” sînt modalități expresive distincte clinic, relevînd însă origine diferită. Dacă discuția fundamentală, învîluind conceptul de psihoză, poate exclude o distincție radicală, prețul va fi admiterea pentru praxisul curent a celor două maniere „de-a-fi-psihotice” : prin atingerea persoanei în determinațiile corporale ce definesc specificitatea sa ca psihism, în însuși nucleul structural-genetic al vieții sufletești, sau prin răsfrîngerea exogenă secundară în funcționalitatea psihismului.

Întrețeserea factorilor *endo* și *exogeni* este firească și discuțiile nu încetează de la Kraepelin încolo. Este natural ca exogenia să cînte în gama personalității premorbide, numărul factorilor patoplastici fiind practic ineputabil, după cum o schizofrenie post-traumatică

sau post-partum, de pildă, nu face decît să pună sub semnul întrebării conceptele clasice. O stare actuală a unui psihism, într-o constelație dată de condiții, se definește probabilistic. Pregnanța unui factor „principal” etiologic poate fi reconsiderată pînă la anihilare prin absența sau rarefierea multiplilor „adjuvanți”. Și invers, se poate admite un factor ca indispensabil, chiar dacă apariția sa este dubioasă. În acest caz, densitatea celorlalți factori poate face ca boala să se declanșeze atunci cînd „masa critică” a constelației morbide este acumulată. Adolf Meyer va preconiza chiar o atitudine *antinologistă*, într-o psihiatrie psihobiologică a individului.

Între atîtea dileme teoretice, psihiatrul va fi adesea doctrinar în atitudinea sa clinică, sau se va afla în ingrata postură de veșnic elector al riscului. Considerarea atentă a fiecărui suferind se va împleti firesc cu excluderea unei rigidități dogmatice, de „școală” pentru a diminua, dacă nu chiar elimina, riscul nesiguranței pe drumul de la teorie la practică.

Dialectica clinică scapă din orice osificare conceptuală. În acest sector de patologie mentală experiența clinică demonstrează importanța deosebită a diagnosticului longitudinal. Tablouri sindromatice care se suprapun „punct cu punct” într-o considerare momentană, se diferențiază și individualizează dacă reconstituim evoluția și traiectoria integrală a procesului patologic. Așa cum suprafața unei răspintii aparține la mai multe drumuri posibile, diagnosticul de moment, fenomenologic nu este de multe ori decît un numitor comun ce trebuie explicat.

E nevoie, în plus, să invocăm un argument de mare însemnătate metodologică: *nespecificitatea tablourilor psihopatologice cu cît ne apropiem mai mult de polul patologiei exogene*. Reprezentînd solicitarea insolită și decompresată a mecanismelor homeostatice („psihostatice”), răspunsul exogen înseamnă, pe de o parte, un tipar biologic general pus în mișcare, iar pe de altă parte o caracteristică individual-istorică a fiecărui ins uman. De aici rezultă în patologia exogenă formula personală și imprevizibilă a fiecărui bolnav cu suprapuneri și asemănări, cu etiologii unice urmate de răspunsuri polimorfe sau invers.

Finalul provizoriu al unei considerații a raportului exogenie-endogenie va trebui să admită totuși o evidență: modalitățile de structurare psihotice odată apărute, urmează în linii mari niște modele formale a căror relativă invarianță expresivă permite acceptarea, în general, a valorii pragmatice a despărțirii între cele două teorii ale psihozelor. Conceperea *sinnoetică* a psihozei va utiliza această dihotomie cu prudență, mai mult dintr-un spirit de eficiență didactic-pragmatică, acceptarea sa absolută scotomizînd o viziune dialectică care nu trebuie să uite omul în istoricitatea sa naturală.

PSIHOZELE TOXICE

Cînd Magnus Huss a creat în anul 1852 termenul de „*alcoolism*”, a definit una din străvechile obsesii ale omenirii. Toxicofilia așa de frecvent întîlnită și cu efectele sociale cele mai destructive, pornește de la „inocenta” libație — expresie a persistenței mitului dyonisiac pînă astăzi — pentru a se termina în tragedia psihotică. Considerînd alcoolul inițial ca stimulent, euforizant sau anxiolitic, consumatorul poate sfîrși cu timpul într-o gravă patologie somatică și psihiatrică. Senzația de structurării timpului existențial curent, presărat cu tensiuni, impasuri sau chiar bucurii „periculos” resimțite, convertește alcoolul în moderator al acestor firești modulații afective ale oricărei traiectorii umane.

Infiltrarea insidioasă a obișnuinței cu alcool, devenind însă dependență psihică și somatică, are loc într-un context genetic multifactorial. Mediul socio-cultural, structura personalității (deseori net psihopatică), traumele psihice, profesia, diferite afecțiuni somatice, o obscură „predispoziție” etc., joacă roluri diferite în definirea persoanei alcoolice, iar dificultatea aprecierii ponderei relative a acestor factori este majoră. Persoana toxicomană la alcool (narco sau eufomană) parcurge un drum care se poate opri undeva tragic, printr-o degradare progresivă pe curba unei nefericite existențe (cu mult prea rare și iluzorii momente de falsă liniște) înscrisă între *intoxicații acute*, *etilism cronic* și *psihoze*.

Tulburările psihice pasagere determinate de un abuz incidental de alcool, ca și marea patologie psihotică a alcoolismului, sînt de competența psihiatrului, în primul rînd. Aceeași asistență este cerută și de episoadele acute ale alcoolismului deosebit de grave prin implicațiile psiho-biologice, sociale și medico-legale. În fața unui alcoolic, prima și cea mai dificilă sarcină exceptînd marile episoade acute va fi să descifrăm *structura persoanei* antrenate pe o pantă existențială declivă, cînd alcoolul constituie umbra malefică a unui însingurat trist și prematur periclitat vital. Dacă începutul drumului îl putem cunoaște, unde duce acesta rămîne un imens semn de întrebare căruia suferindul vrea să-i substituie certitudinea unei existențe fără teamă, anxietate sau disperare.

De la considerații despre mortalitatea medie pînă la probleme de medicină judiciară, de la decalibrarea socială pînă la insecuritatea mintală a descendenților etc., alcoolismul se extinde ca o problemă socială majoră în societatea contemporană.

Rolul alcoolului ca pansament esențial, ca anestezic moral și ca „ersatz” al satisfacțiilor fundamentale, îi asigură o extinsă folosire compensatorie mai ales la persoanele cu structură inconstantă, străbătută de curenți contradictorii și confuze. Instabilitatea și neliniștea anxioasă, nervozitatea și astenia, lipsa de concentrare și insomnia ș.a.m.d. se găsesc toate în lista alibiurilor folosite pentru primii pași în degradarea alcoolică.

Alcoolismul episodic (chefurile ancestrale) tinde să dispară sau pierde teren în favoarea consumului zilnic, a plăcerii cotidiene de a bea. Or, experiența medicală a demonstrat că această formă este apreciabil mai periculoasă și mai generatoare de „alcoolism-boală” decît prima. Obişnuința de a bea tocește sistemele de referință și indivizii ajung să fie convinși de benignitatea și modestia viciului practicat. Microconsumul se aliază și cu compensarea prin creșterea concentrației băuturilor folosite. Cantități fără importanță aparentă se acumulează fie imediat, fie în efectele lor secundare realizate în timp. Lista acestor aspecte parțiale este foarte lungă. Toxicomania etilică se răsfrînge prin „prisme

polarizante” din care sînt clădite valorile de cultură, zestrea biologică a grupurilor umane, capacitatea industrială etc.

De la cunoașterea empirică a acestui stigmat al neamului omenesc s-a ajuns astăzi la o sinteză cuprinzătoare în care se întîlnesc informațiile biologice, etnologice, sociale, psihiatrice etc., transformînd problema alcoolismului într-un vast perimetru uman. Am putea spune că perspectiva în care considerăm astăzi alcoolismul are complexitatea căpătată în general de faptul social și individual în mintea omului de știință din secolul al XX-lea.

Intoxicația alcoolică acută realizează tabloul miniatural și oarecum caricatural al unei „mici” psihoze. De aici rezultă și aspectul grotesc al omului beat. Acesta nu trezește însă compasiunea noastră față de marele suferind psihic, ci, mai ales, un sentiment de jenă sau în cel mai bun caz o „înțelegere” indulgentă.

Odată depășită faza inițială de euforie și excitație psiho-motorie, se trece insidios pe versantul patologiei psihice evidente. Prima fază mimează tabloul maniacal pe care-l realizează într-o manieră expresivă redusă, dar uneori se ajunge mai ales la personalități primitive, la agresivitate, delikte sexuale, scandaluri etc. Aceste manifestări creează situații de apreciere a responsabilității juridice. Am putea numi această fază, atîta vreme cît se menține o integritate afectiv-comportamentală însoțită de un sentiment de bucurie atemporală, ca o stare hedonic-epicureică. De obicei urmează depresia („beția tristă”) care se poate instala uneori de la început, îndusă cvasiconștient printr-o modalitate „existențialistă” de înțelegere întunecoasă a unei pseudo-anxiolize prin drog. Treptat se adaugă incoerența ideatică, apare „ataxia” psihică, obnubilarea progresivă, tulburările cerebeloase cu mersul ebrios caracteristic, dificultățile de vorbire etc., și intoxicația evoluează spre somn sau coma alcoolică.

Din însăși descrierea beției obișnuite se pot întrevădea germenii *beției patologice*, declanșate uneori de ingestia incidentală a unor cantități foarte mici de alcool. Ea ocupă o treaptă bine individualizată în scara complexă a fenomenelor psihopatologice generate de in-

toxicitația alcoolică, deși se distribuie în mai multe variante, mai mult sau mai puțin sinonime (beție... patologică, complicată, neobișnuită, excito-motorie, delirantă etc.). Din confluența acestor variate clasificări, rezultă insuficiența fiecăreia folosite separat, dar și polimorfismul fenomenelor înregistrate între limitele acestui cadru confuz de patologie mintală.

Pentru ca să se justifice expresia de „beție patologică”, ar fi trebuit să existe, ca o implicare comparativă, „opusul patologicului”, adică „beția normală” sau sănătoasă. În clinica psihiatrică comparația se realizează cu niște varietăți de alcoolizare numite „beție simplă” sau „intoxicație etilică acută”, fără să se formuleze nici măcar aluziv existența unor fenomene alcoolice normale.

În mentalitatea comună această convertire a intoxicației cu alcool într-un fenomen de toate zilele, firesc, s-a întâmplat și generalizat din vremuri străvechi. Îmbătărea este un defect prea general uman pentru ca să nu profite de prerogativele normalului. Limitele ei superioare se racordează atât de nuanțat de starea euforică produsă de libațiune, încât demarcațiile tăioase sînt imposibile.

Globala modificare a facultăților mintale sub acțiunea exercitată de alcool asupra neuronilor cerebrali, nu desfigurează brutal portretul moral afectiv al individului, așa încît să sugereze o alterație patologică cu cu toate că ea este așa ceva. O convenție tacită acoperă această „sui-generis” infirmitate omenească, cu o naivă și indulgentă toleranță. Din vremuri imemorabile, beția este discutată cu două criterii contradictorii: considerată, în general, ea este expresia fenomenologică a unei patologii psihice-cerebrale, cu repercusiuni în viața socială a individului, cu degradarea personalității, denivelare etică etc., iar privită la scara individuală se înconjoară de o atmosferă de normalitate. Aceasta, din cauză că este interpretată ca o însușire generală a speciei și fiindcă, conștiința culpabilității excită imaginația pentru căutarea unui alibi.

În formularea psihiatrică, s-a putut spune despre beție că este „cea mai gravă boală mintală” (Kraepelin) dar pe de altă parte, fiecare din noi știm, în chip evi-

dent, că modelul personal de reactivitate alcoolică este caracteristic și diferit de la om la om. Tocmai această „falsă respectare” a unității noastre psihice, sentimentul de-a rămînea noi înșine și atunci cînd „vedem dublu”, întreține o separație artificială între teritoriul patologic și alcoolizare. Boala este unificatoare și nediferențiată, beția însă nu. Ea nu respectă trăsăturile caracteristice ale persoanei. Deci, nu e o boală! Remarcele noastre nu sînt o pledoarie, ci încercarea de a descoperi cauzele secrete ale mentalității proalcoolice.

Paralel cu aceste funcții complexe de interpretare ce s-au organizat în consensul general, a fost inevitabil ca în zona extremă a manifestărilor alcoolice să se identifice „anormalul”, patologicul indiscutabil, faptul psihiatric determinat de intoxicația etilică.

Numitorul comun al definițiilor despre beția patologică reunește următorii factori:

- posibilitatea de declanșare prin cantități moderate, chiar mici de alcool,
- rapiditatea de instalare a tulburărilor patologice de beție atipică,
- înregistrarea de fenomene frapante ce nu țin de așa-zisele manifestări obișnuite ale beției,
- existența unor stări crepusculare cu o îngustare pronunțată a cîmpului de conștiință și falsificarea funcțiilor de cunoaștere,
- o „atmosferă”, un „stil” brutal, absurd, violent, fără sens în comportare.

Psihopatologic se descriu accese confuze de tip oniric halucinator, cu idei delirante, putîndu-se înregistra chiar tentative de sinucidere, secundar caracterului terifiant al halucinațiilor. Alteori asistăm la accese hipertimice de tip expansiv, ajungînd pînă la furie, cu agresivitate extremă sau stări melancoliforme și anxioase cu raptusuri suicidare. Se mai pot înregistra accese convulsive sau pseudotetanice. Intoxicația acută obișnuită sau patologică este, de regulă, urmată de somn profund, amnezie pentru cele întîmplate și stare depresivă reziduală.

Dipsomania sau „alcoolismul periodic” se caracterizează printr-o nevoie imperioasă de a bea, precedată

de o stare disforic-anxioasă și tulburări de comportament, urmate de consum exagerat de alcool.

Accesul dipsomanic se încheie în general brusc, urmînd un somn profund și apoi o stare depresivă accentuată. Memoria este adesea conservată pentru perioada accesului care poate dura, împreună cu prodromele sale, de la cîteva zile pînă la cîteva săptămîni. Adesea debutul are loc printr-o fugă patologică. Pot urma perioade îndelungate fără ca accesul dipsomanic să se repete, ceea ce a pus problema înrudirii sale cu psihoza maniaco-depresivă sau epilepsia, pe care le poate însoți sau, după unele opinii, înlocui.

Oricum, modalitatea de desfășurare a dipsomaniei se realizează după un model de alură *psihotică*. Accese de tip dipsomanic se pot întîlni în P.G.P., în evoluția unor schizofrenii mai ales la debut sau în alte maladii psihice, ca epifenomene critice. Cel mai adesea însă întovărășesc structuri anormale psihopatice ale persoanei. Accesul dipsoman este „așteptat” și consumat „oportun” de un vechi etilic ca un paroxism critic. Dealtfel, în timp, cel ce inițial abuza numai periodic, devine foarte frecvent un băutor abuziv cronic.

Odată structurată persoana alcoolicului cronic, politarat și transformat caracterial, apare riscul marilor episoade acute care survin pe un fond fragilizat.

Halucinoza alcoolică descrisă de Wernicke poate fi declanșată de diverși factori (afecțiuni somatice, consum exagerat sau suprimarea toxicului, traumatisme etc.), împrumutînd forma unei reacții de tip exogen Bonhoeffer.

Pe un fond de obnubilare parțială cu un grad de coerență, orientare și înțelegere relativ păstrate, apare un intens sindrom halucinator cu o oscilare interpretativă între un delir net conturat și încercări de înfruntare critică. Halucinațiile sînt predominant auditive, dar pot ajunge pînă la o trăire onirică intensă. Zoopsiile sînt, de asemenea, caracteristice. Trăirea halucinatorie a acestei forme de delir subacut alcoolic este frecvent însoțită de acte cu caracter medico-legal.

În cîteva zile productivitatea psihopatologică poate retroceda, sau se poate instala un *delir alcoolic sistematizat*, post-oniric. Tematica geloziei este frecvent întîlnită. Se poate contura un delir de persecuție însoțit de

halucinații, mai ales auditive, uneori acesta este de fapt expresia unei posibile schizofrenii puse în mers prin alcoolism.

Episodul delirant poate fi urmat de un *sindrom Korsakov* caracterizat prin amnezie de fixare, false amintiri, dezorientare, însoțite de fenomene polinevritice în descrierea clasică. Acest sindrom poate să apară și în alte împrejurări: asfixii, intoxicații, traumatisme, presbiofrenia Wernicke etc. Confabulațiile caracteristice acestui clasic și cardinal sindrom psihopatologic au un caracter compensator pentru incapacitatea de engramare seriată, în timp, sau sînt reminiscențe ale trăirilor din perioada delirantă.

O altă modalitate evolutivă psihotică este criza de *delirium tremens*. Confuzia mintală este însoțită de o intensă halucinare de obicei multisenzorială, uneori terifiantă iar alteori profesională cu agitație extremă motorie, intensă trăire delirantă și importante tulburări biologice (hiperhidroză, tremurături, hipertermie etc.) care pun problema prognosticului vital. Evoluția foarte gravă în trecut, cu moartea ca o fatalitate însoțitoare, este astăzi mult mai favorabilă sub influența terapiei. Evoluția se poate îndrepta însă și spre grava *pseudoencefalită Wernicke*, numită și *polioencefalita hemoragică superioară acută* sau *encefalopatia Gayet-Wernicke*, cînd stării confuzive cu crize halucinator-onirice i se adaugă semne de gravă alterare neuronală, mai ales a nucleilor nervilor cranieni. Dacă pericolul vital este înlăturat pot rămîne semnele unui sindrom Korsakov.

Diagnosticul unui delir alcoolic trebuie să înlăture cu atenție alte entități morbide predispușe să îmbrace o formă psihopatologică similară (confuzii infecțioase, toxice, delirul acut sau coma hepatică etc.).

Demența alcoolică îmbracă uneori aspectul unei pseudo-paralizii generale, pasajere sau ireversibile, evoluînd spre un sfîrșit al unei epave somatice.

Epilepsia alcoolică, coma alcoolică, sindromul Marchiafava-Bignami (degenerarea centrală a corpului callos), *mielinoliza pontină centrală Adams*, *scleroza laminară Morel*, conturează prin gravitatea lor vastă clivatură pe care joacă dramatica patologie a alcoolismului. De fapt se conturează entitatea nosologică a encefalo-

patiilor alcoolice prin tulburări metabolice în care un rol deosebit revine carenței tiaminice. De aici rezultă și posibilitățile de intervenție terapeutică eficientă prin administrarea acestei vitamine. Corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, reducerea edemului cerebral și vastul arsenal neuroleptic de care dispunem astăzi, au schimbat radical înfățișarea acestor mari urgențe atât din punct de vedere biologic cât și din perspectiva propriu-zis psihiatrică, cu intensă suferință subiectivă adiacentă.

Se mai pot menționa tulburările severe de tip *depresiv-anxios*, de intensitate cvasi-psihotică, fără abuzare însă cu una din formele clinice descrise, apărute în cadrul sindromului de „abținere”. Dar, terapia actuală tranchilizantă, antidepressivă și roborantă permite o influență net favorabilă a acestor tulburări timice.

O anumită predispoziție „toxofilă”, un contact accidental ce se va dovedi începutul unui drum catastrofal, realizează una din cele mai grave toxicomanii (**morfino-mania**). Morfinomanul constituit va traversa în decursul unei zbuciumate existențe, transformate într-o perpetuă căutare de drog, numeroase perioade de tulburări afectivo-comportamentale și somatice grave. În perioadele de abținere forțată se descriu adevărate resimțiri catastrofale, urmare a unei dependențe fizice, care în astfel de perioade se poate manifesta prin dezechilibre biologice, vital periclitante.

Actele antisociale ale toxicomanului sînt expresia căutării disperate a morfinei. Personalitatea se modifică, este atinsă în sfera volițională în mod predominant și cenzura morală nu mai poate funcționa. Degradarea fizică și intelectuală urmează o pantă continuu descendentă spre demență și marasm fiziologic. În cadrul sindromului de abținere se semnalizează alături de o anxietate crescîndă cu croșete agitate, chiar și halucinații. Uneori, mai ales în perioada terminală, pot apărea delirurile onirice.

Administrarea morfinei duce la dispariția gravelor tulburări neuro-vegetative și psihice și în aceasta constă gravitatea. Lupta pentru obținerea morfinei reîncepe într-un nesfîrșit efort sisific cu uzura implicată. Eufomanul inițial, contemplativ și „liniștit” devine o ființă care trăiește numai și pentru drog. Iluzia beatitudinii de la

început dispare în nevoia incoercibilă de satisfacere cu tot cortegiul de mare psihopatologie însoțitoare.

Cocainismul acut poate îmbrăca o formă de simplă ebrietate excitată, putînd ajunge pînă la forme delirante. Se descrie inițial un fel de „onirism lucid”. Pentru intoxicațiile cocainice sînt caracteristice halucinațiile tactile, uneori vizuale. Un gen de dipsomanie cocainică ar fi, de asemenea, frecvent întîlnită. Treptat cocainismul cronic duce la demență, cașexie, etc., ca orice toxicomanie majoră.

Euforia virînd într-o somnolență cu vise plăcute și senzația de trecere neangajată prin timp este modalitatea trăirii opiomanolui, care treptat alunecă pe versantul patologiei toxice cu obișnuitele sale accidente, degradări fizice și psihice etc.... „Visul” opiomanolui urmărește îndepărtarea prin ficțiune dintr-o realitate care pînă la urmă îl va distruge.

Heroina; eterul etilic; cloratul hidrat; sînt alte toxice întrebuintate în disperata încercare de dezinserție din asumarea existenței, cu toate implicatele sale conștiente, dintr-o listă care se arată încă neepuizată.

Psihodelipticele reprezintă ultima achiziție a răului. Vechea mescalina cu euforia oferită, halucinațiile viu colorate, fantastice, este capul de serie a unor droguri culminînd azi cu voga dietilamidei acidului lisergic (LSD₂₅) atât de întrebuintate în occident de grupurile sociale dezinserate, debusolate, sfîșiate de dileme, în speranța găsirii unui paradis compensator.

În seria toxicomaniilor menționăm și pe cele cu barbiturice; meproamat, amfetamine, fenmetrazine, administrate în exces cu diferite intenții psihotrope. Sevrăjul la aceasta poate declanșa fenomene grave de la convulsii pînă la delir.

Capitolul toxicomaniilor relevă întotdeauna o patologie a persoanei, care — prin implicațiile sale — depășește domeniul strict al medicinei spre cercul problematicii sociale, antropologice, relevînd defecte care se răsfrîng din ordinea grupului asupra existenței individuale sau din defecte ale acesteia se transformă în veritabile noxe ale umanității în genere. De aceea numai o considerare cît mai larg comprehensibilă, într-un vast

orizont de probleme, poate oferi soluții care să prevină catastrofa psihotică.

Din nefericire o serie de *medicamente* larg întrebuințate în terapia curentă pot provoca accidental, prin contraindicații sau supradozare, fenomene psihotice de mare amploare. Cităm printre acestea delirul halucinator la scopolamină, agitația atropinică, variata gamă a tulburărilor psihice din bromism, psihozele cortizonice sau cele declanșate de tuberculostatice etc. Tulburările majore de conștiință, tabloul neurologic și neurovegetativ măresc indicele de gravitate. Problema administrării unor medicamente pentru afecțiuni intercurente la bolnavi psihici deja recunoscuți, devine cu adevărat dramatică, deoarece ele sînt contraindicate pentru aspectul psihopatogen, dar absolut necesare din punct de vedere medical.

Psihozele toxice profesionale apar uneori accidental, dar se impun atenției mai ales unele intoxicații cu substanțe des întîlnite. Plumbul poate da psihoze subacute sau acute cu confuzie, onirism, agitație extremă sau supraacute, evoluind de la stupor spre moarte. Caracterul epileptiform este frecvent întîlnit.

Intoxicațiile cu mercur, mangan, benzen, sulfură de carbon, benzen etil, hidrogen sulfurat, pentru a cita doar unele dintre cele mai întrebuințate substanțe industriale, realizează complexe patologice neuropsihice putînd ajunge pînă la severe forme confuzionale. După intoxicațiile cu oxid de carbon pot apărea, chiar tardiv, acute stări confuzive sau chiar dementiale.

Dintre psihozele alimentare toxice **ergotismul** (forme convulsive asociate cu tulburări variabile ale conștiinței), **botulismul** (forme delirante, agitație) și intoxicațiile cu **ciuperci** (de la o stare ebriasă pînă la delir oniric) sînt cele mai cunoscute.

Întreg capitolul intoxicațiilor este mai întotdeauna întovărășit, în formele sale extreme, de grave tulburări neurologice și viscerale, compromițînd adesea prognosticul. Severitatea tulburărilor psihice este însă uneori atît de pregnantă, încît intervenția psihiatrului se impune cu prioritate, alături de indispensabila terapie specifică. Multe dintre aceste psihoze își maschează etiologia prin expresivitatea lor psihopatologică, în-

tunecînd astfel — ca și în cazul multor alte psihoze exogene — șansele atitudinii terapeutice cauzale. De aceea cunoașterea amănunțită a potențialului morbid al acestor toxice este indispensabilă oricărui medic și, în special, psihiatrului.

PSIHOZELE AVITAMINOZICE

Istoria acestor psihoze este din nefericire valabilă pentru încă o mare parte a planetei și paralelă oarecum cu istoria foametei.

Pelagra (carențe vitaminice multiple, în special de vitamină PP și de aminoacizi esențiali) este însoțită de tulburări psihice mari, de tip confuzional, halucinator delirant, melancolie delirantă oarecum caracteristică, demență. Prin insuficiența acidului nicotinic s-a descris și o specifică encefalopatie (Joliffe).

Tiamina (B₁) este atît de intricată în lanțurile metabolice esențiale, încît carența determină tulburări neurologice și psihice care pot ajunge pînă la encefalopatia Wernicke. În general, patologia alcoolismului este intim legată de această carență. Ca și în psihozele toxice, de data aceasta prin frustrare enzimatică, de aport alimentar în general, tulburările neurologice și viscerale sînt de primă importanță.

PSIHOZELE INFECȚIOASE

Ceea ce s-a descris de către Chaslin sub numele de *confuzie mintală* sau *amentia lui Meynert*, tipurile de reacție exogenă Bonhoeffer, domină tabloul tulburărilor psihice în primul rînd ale conștiinței, apărute în timpul agresiunilor infecțioase acute. Kraepelin dorea stabilirea specificității clinic-etilogice. Pentru Bonhoeffer uneori se declanșează boala endogenă psihică latentă, deci nespecificitatea clinică este caracteristică exogeniei.

Destructurării conștiinței i se subordonează celelalte simptome psihopatologice. Delirul halucinator (oni-

rismul lui Regis), tulburările de gândire de tip amenzial, fenomenele halucinozice, agitația etc., se grefează pe un câmp de conștiință încețoșat, însoțit de dezorientare autoallopsihică, cu tulburări mnestice consecutive, uneori desfășurate după modelul sindromului amnestic Korsakov. Acest gen de tulburări primordiale ale conștiinței sînt caracteristice pentru psihozele simptomatice (cu etiologie corporală) acute, spre deosebire de cele determinate de noxe cronice cînd degradarea personalității și demența sînt însoțite secundar de ascuțirea trăsăturilor personalității (K. Schneider).

Postfebril pot rămîne: un sindrom neurastenic (Mayer-Gross); o stare de slăbire cu hiperestezie marcată și labilitate emoțională (Bonhoeffer); un sindrom amnestic sau chiar fără tulburări de memorie, o confabuloză; psihoze afective; psihoze discordante; psihoze delirante (forme paranoide) etc., realizînd un sindrom organic de tranziție, intermediar, reversibil, fără tulburări de conștiință, dar asemănător cu cel realizat de noxele cu acțiune cronică. În copilărie riscul demenței este major.

Suferința encefalică este realizată în mod complex prin acțiunea directă a agenților neurotropi (virusuri, treponeme), dar sînt incriminate și toxinele; alergia Reilly, febra, rolul funcției capilare și barierei hematoencefalice, epuizarea sistemului nervos, intervenția sindromului de adaptare Selye. Sindromul „malign” al bolilor infecțioase — mai ales la copil — constelează polivectoriala acțiune patogenă. Rolul edemului cerebral este deosebit de accentuat.

Evoluția suferinței psihice trece oarecum tipic printr-o fază prodromală de tip neurastenic și tulburări ale conștiinței mergînd pînă la obnubilare, urmată de o fază de stare cu întregul tablou confuzional constituit și stadiul defervescenței și convalescenței cu posibilitatea apariției unor psihoze postfebrile și, în sfîrșit, tulburări reziduale tardive, mai ales cînd a avut loc o atingere neuronală masivă. Clinica înregistrează frecvent fenomene neurologice de focar. Encefalita letargică, epidemică (Von Economo) realizează ca tip de encefalită primitivă virotică agresiunea directă asupra encefalului. Gama expresivității psihotice, încă de la debut,

sau în convalescență, este foarte largă (forme onirice, agitație, pseudotremens etc.). Semnele neurologice correlate și sechelele definesc evoluția uneia din cele mai grave neuroviroze.

Rabia realizează arhicunoscuta „furie rabică” cu evoluție fatală.

Tifosul exantematic dă leziuni de encefalită nodoasă. Confuzia, agitația, halucinațiile hipnagogice terifiante etc., pot lăsa în urma lor un sindrom amnestic sau o confabuloză expansivă (von Bayer).

Febra tifoidă acționînd prin toxine este întovărășită de confuzie cu delir febril sau tardiv, urmată de fenomene korsakoviene.

Gripa și pneumopatiile virotice dau prin neurotoxicitatea lor fenomene encefalitice confuzionale (predomină forme ataxo-adinamice stuporoase, rar onirice), urmate uneori de manifestări psihotice.

Variola după episodul febril oniric-halucinator poate prezenta în convalescență o pseudodemență (tip Ganser).

Reumatismul este însoțit uneori de fenomene cerebrale, stări confuzive.

Scarlatina, erizipelul, tusea convulsivă, pneumonia, tularemia, mononucleoza infecțioasă etc. sînt însoțite și ele adeseori de delir.

Neurobruceloza poate ajunge la forme paranoide.

Tuberculoza este acompaniată de frecvente simptome nevrotice, tulburări caracteriopatice, propensiune paranoică sau chiar psihoze paranoide, tulburări de afectivitate (se descrie o euforie caracteristică) etc. Meningoencefalita tuberculoasă dă bufeuri confuzionale. În aprecierea tulburărilor psihice din infecția tuberculoasă trebuie însă să discernem cu multă atenție rolul medicației specifice care ea însăși poate declanșa psihoze.

Paludismul în acces sau defervescență manifestă uneori stări confuzive sau crepusculare dromomanice. Acrihina întrebuințată în tratamentul malariei poate da rareori psihoze afective.

Meningoencefalita sifilitică, în faza secundară a luesului, prezintă uneori un sindrom halucinator (Plaut). În faza terțiară luesul cerebral realizează și fenomene dementiale cînd leziunile sînt difuze. Dar ele sînt mai puțin profunde decît în P.G.P. Se întîlnesc uneori aspecte halucinatorii, paranoide sau sindromul Korsakov.

În afară de agentul etiologic specific nu trebuie să uităm în bolile infecțioase cronice rolul posibil al

denutriției sau alcoolismului, atât de frecvent întâlnite la bolnavii aparținând unor societăți cu standard socio-cultural redus. Avitaminozele secundare în aceste situații agravează în cerc vicios expresivitatea tulburărilor psihopatologice.

Ca și în cazul psihozelor toxice depistarea agentului etiopatogen este fundamentală, dar și intervenția psihiatrului se impune adeseori ca strict necesară, mulți dintre acești bolnavi fiind aduși în spitalele de boli psihice. Corectarea agitației sau suferinței psihotice a unui halucinant sau delirant înseamnă în acest caz și intervenția asupra unui mecanism de natură biologică ce complică tabloul clinic.

TULBURĂRI PSIHICE ÎN BOLI NEUROLOGICE

Pe lângă encefalite, o serie de afecțiuni neurologice sînt caracterizate printr-o simptomatologie psihiatrică secundară determinată de întinderea leziunilor cerebrale. În general se descrie demența din degenerescența hepato-lenticulară, boala Parkinson, coreea Huntington, scleroza în plăci după o evoluție îndelungată, care a trecut și prin fenomene psihotice uneori, halucinozele pedunculare Lhermitte etc., variind ca intensitate după gradul de atingere neuronală.

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN BOLILE SOMANTICE GENERALE

Se descrie în medicina internă forma psihică a infarctului miocardic (Worms), care se exprimă fie printr-un model psihotic, cu descărcări agresive sau autodestructive, fie printr-un sindrom confuzional.

În pierderile acute de sînge și anemii se întîlnesc stări maniacale sau confuzii mintale cu agitație psihomotorie.

Boala lui Kussmaul se recunoaște prin descoperirea în tabloul simptomatologic a unor crize convulsive, stări confuzionale, depresie profundă, halucinații sau demență progresivă.

În cadrul uremiei se descriu bufee delirante secundare edemului cerebral, sau psihoza azotemică constînd dintr-un delir oniric.

Electrocutările accidentale declanșează o confuzie mintală cu amnezie, iar ulterior chiar un delir halucinator oniric.

TULBURĂRI PSIHICE ÎN ENDOCRINOPATII

În boala lui Basedow putem remarca dispoziția neliniștită, impulsivitatea, excitabilitatea care pot progresa pînă la stări maniacale sau forme delirante însoțite de incoerență, halucinații, onirism, dezorientare și agitație motorie.

În *mixedem* pot să apară idei de relație însoțite de stări de agitație psihomotorie. Starea maniacală este atipică, euforia fiind înlocuită cu o stare de iritație și impulsivitate, iar melancolia evoluează cu idei de auto-acuzare, sinucidere și cu anxietate. La menopauză tulburările psihotice pot fi întîlnite frecvent sub forma ideilor de relație, gelozie, persecuție sau a psihozelor de involuție.

TULBURĂRI PSIHICE ÎN SARCINĂ

Uneori debutul unei psihoze maniaco-depresive sau a unei schizofrenii și agravarea epilepsiei se datorește sarcinii. În special perioada post-partum poate constitui un factor favorizant pentru declanșarea unei psihoze la femeile cu predispoziție spre morbiditate psihică. Alteori apare o confuzie agitată halucinatorie, putînd trece în delir acut cu prognostic grav.

Lactația poate prileji apariția unei psihoze schizofrene, maniaco-depresive sau amentiale ce se ivesc între luna a treia și a cincea de alăptare.

MODIFICĂRI PSIHICE ÎN TULBURĂRILE CIRCULAȚIEI GENERALE

Aceste tulburări pot îmbrăca două forme: *sindroame anoxice acute* ce se exprimă clinic prin crize convulsive sau chiar comă, și *sindroame hipoxice cronice*, conturînd diferitele aspecte clinice ale encefalopatiei vasculare. În plus, *sindroamele amnestice vascu-*

lare, sindromul pseudobulbar și demența arteriosclerotică pot fi tratate în acest capitol al tulburărilor psihice de natură vascular-cerebrală.

TULBURĂRI PSIHICE ÎN TUMORILE CEREBRALE

Caracterele acestor tulburări sînt în funcție de faza de dezvoltare a tumorii cerebrale și mai ales de localizarea ei. Cele mai deosebite sînt tulburările apărute prin localizarea tumorilor în regiunea frontală și temporală. Astfel, în *tumorile frontale* apar modificări ale persoanei bolnavului ilustrate prin stări de apatie, lipsă de inițiativă, tulburări afective cunoscute sub numele de „morie” iar altele se „citesc” ca irascibilitate și ieșiri agresive nemotivate, dezinteres și nepăsare față de situația sa și a ceea ce se întîmplă în jur.

PSIHOZELE TRAUMATICE

Psihozele care se nasc în urma traumatismelor craniene se numesc psihoze traumatice și se individualizează — după Faust — prin tulburări psihice generale (de conștiință, percepție, memorie și motricitate) și semne de focar (tulburări afazice, apraxice, crize cerebello-vestibulare sau epileptice, sindrom extrapiramidal).

Aceste tulburări au fost grupate în *sindromul psiho-organic* ilustrat prin bradipsihie, sărăcire afectivă, lentoare psihomotorie, tulburări mnezice, instabilitate și izbucniri impulsive. Henri Ey crede că între procesul organic cerebral și manifestările posttraumatice se interpune un „ecart” organo-clinic, ca rezultat al activității neuronale neafectate de procesul patologic.

Traumatismele craniene acționează asupra creierului sub două forme: prin *comotie cerebrală* sau prin *contuzii cerebrale*. Prima este o formă mai ușoară, fără leziuni cerebrale evidente, traumatismul acționînd numai prin zguduirea puternică (comotie) sau provocînd leziuni și microhemoragii difuze ori localizate, mai ales la nivelul bulbului și a bazei craniului, însoțite de tulburări vasomotorii și neurovegetative. Acestea, la rîndul lor, prin tulburările de nutriție a celulelor nervoase cerebrale vor da naștere tulburărilor psihice.

Contuzia cerebrală este o formă mai gravă a traumatismului cerebral. Aici, pe lângă tulburările psihice consecutive comotiei cerebrale, există întotdeauna și leziuni mai mult sau mai puțin extinse ale substanței nervoase, cu hemoragii cerebrale evidente din care cauză și tulburările psihice vor fi mai pronunțate și mai durabile. Regiunile mai expuse contuziilor sînt polii lobilor frontali și temporali, precum și unele regiuni ale bazei creierului ce vin în contact direct cu cutia craniană.

Tulburările psihice provocate de traumatismele craniene se împart în două grupe principale: *psihoze traumatice acute* ce apar imediat după traumatism și *tulburări psihice post traumatice*, tardive sau cronice.

În formele acute nu se poate trage o limită precisă între formele comotionale și cele prin contuzie, simptomele fundamentale fiind aceleași, adică cele ale reacțiilor de tip exogen, cu deosebire că în psihozele consecutive contuziilor cerebrale, tulburările sînt mult mai pronunțate, cu o durată mai lungă, fiind în același timp complicate cu simptome de focar atît de ordin neurologic cît și psihic (sindroame frontale, parietale, occipitale etc.). Ambele forme debutează prin pierderea conștiinței, starea putînd dura de la cîteva secunde la mai multe zile. Durată îndelungată a stării de inconștiență denotă, de regulă, existența unor leziuni mai grave și un prognostic mai serios. Cînd bolnavii revin din starea de inconștiență, ei vor prezenta simptome psihotice de tip exogen (confuzie mintală).

În psihozele comotionale vom putea observa următoarele forme sau stări: delirante cu halucinații, stuporoase sau crepusculare și sindromul amnestic (Korsakov traumatic). Adeseori, psihoza evoluează trecînd prin toate aceste stări în ordinea notată mai sus, sau numai prin unele din ele.

Sindromul amnestic traumatic are un caracter anterograd, amnezia referindu-se atît la evenimentele ce urmează traumatismului (anterograd) cît și la cele ce au premers traumatismului, pentru o perioadă de timp mai mult sau mai puțin extinsă (retrograd). Golurile amnestice sînt înlocuite adeseori prin confabulații și bolnavii pot prezenta în plus o stare de confuzie cu dezorientare temporo-spațială.

Vom aminti și câteva din simptomele neurologice mai caracteristice pentru aceste psihoze și anume: tulburările oculo-motorii și vestibulare, ce se traduc prin nistagmus, tulburări de convergență, pareze ale nervilor oculomotorii, anizocorie, vertigii etc.

Durata acestor psihoze variază de la câteva săptămîni la câteva luni și majoritatea cazurilor se termină prin vindecare, lăsînd însă în urma lor sechele de natură neurastenică de lungă durată sub formă de cefalee, insomnie, astenie generală, senzația de amețeală, indispoziție generală.

Psihozele traumatice pot lăsa în urma lor o serie de sechele cronice, datorită leziunilor cerebrale mai grave și ireparabile, precum și tulburărilor vasomotorii consecutive. Tulburările tardive se mai datoresc și altor factori nocivi supraadăugați ce pot apare ulterior, dintre care vom aminti: arterioscleroza, menopauza, diverse boli infecțioase intercurrente, diverse intoxicații și în special alcoolismul, acesta putînd fi dăunător cu atît mai mult cu cît traumatismele craniene scad foarte mult toleranța la alcool și predispun la beție patologică.

Printre tulburările psihice tardive de natură traumatică se descrie *encefalopatia traumatică*, caracterizată printr-o degradare organică a personalității și pierderea capacității de muncă. Bolnavii au tulburări de memorie, labilitate afectivă, tulburări vestibulare și oculomotorii, precum și diverse tulburări de focar, crize epileptiforme, cefalee etc.

Epilepsia traumatică poate să apară fie sub formă de crize generalizate, fie de tipul jacksonian. Ele apar de regulă în primii trei ani de la traumatism, dar sînt și cazuri cînd crizele se instalează la zeci de ani după traumatism.

Tulburările de caracter sînt mai frecvente la persoanele tinere, care au suferit traumatisme craniene. Acestea se traduc prin irascibilitate, impulsivitate, intoleranță la alcool, acte anti-sociale și, în general, prin scăderea considerabilă a capacității de adaptare la mediu și a randamentului de muncă.

Cerebrastenia posttraumatică apare ca forma cea mai frecventă și se caracterizează printr-o serie de acuze subiective foarte rezistente la tratament, imbră-

cînd un caracter de *nevroză*, de unde rezultă și denumirea frecventă de *nevroză traumatică*. Acuzele subiective cele mai obișnuite sînt: amețeala, cefaleea, indispoziția generală, labilitatea afectivă, astenia.

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN EPILEPSIE

Apărută în dimineața istoriei, ca o sinteză între medicină și magie, între concret și transcendent, *epilepsia* reprezintă pentru noi teritoriul medical prin excelență de sinteză și colaborare între neurologie și psihiatrie. Niciunde coexistența cordială dintre aceste două discipline nu este mai motivată și mutual favorabilă. Neurologică, în mecanismele patogenetice, psihiatrică, prin conținutul de modificări ale conștiinței, *epilepsia* realizează în tulburări paroxistice ictale sau gradative, bruște și totale sau parțiale și substitutive, alterații ale funcțiilor cerebrale ce se instalează după o pantă rapidă și se termină spontan.

Modelul acesta general al fenomenelor care servesc la definirea comițialității poartă în el o marcată tendință de repetare. Și paralel cu remanierele funcționale a căror concomitență electrică formează lumea dantelată a codurilor electroencefalografice, nivelul de conștiință ca și structura de sinteză a funcțiilor integrate ale personalității suferă dezorganizări, disoluții care pot să se distribuie pe o scară extrem de nuanțată, de la trăirile sentimentului de insolit și straniu pînă la abisul fulgerător al întreruperii comatoase.

Există astăzi o unanimitate de păreri că *epilepsia* nu e o boală ci un *sindrom* caracterizat printr-o varietate de forme clinice corespunzînd unor mecanisme patologice și cauze etiologice foarte diferite. Putem deci afirma că toate epilepsiile sînt *simptomatice*, dar pentru cele considerate *esențiale* (idiopatice, criptogenetice, congenitale) nu putem pune în evidență în cursul vieții bolnavului modificări cerebrale.

Cu toate că *epilepsia* e suferința psihiatrică cea mai veche înregistrată în istoria medicinei, etiologia, natura ei intimă, rămîn pînă astăzi destul de obscure. Știm că

epilepsiile cronice sînt sindroame determinate de leziuni cerebrale ireversibile, cu origine și localizări diferite.

Cu toate metodele de histopatologie fină de care dispunem astăzi, nu putem cunoaște decît substratul anatomic al leziunilor cerebrale permanente din epilepsie. Tulburările episodice, tranzitorii sau bruște, care-și găsesc expresia clinică în toată gama fenomenelor epileptice, de la criza convulsivă la fenomenele psihice patologice, sînt încă nedeterminate. Cercetările extensive întreprinse în laboratoarele de electrofiziologie par să demonstreze că declanșarea bruscă, sau eliberarea de energie nervoasă, reprezintă un mecanism funcțional. Dar imprezibilitatea crizelor rămîne un fapt și explicațiile patogenetice invocînd modificări celulare, vasculare, umorale, de lichid cefalorahidian, vegetativ-simpatice, endocrine etc., nu izbutesc să acopere tot cîmpul complex al problemei.

Dintotdeauna s-a admis că există în epilepsie o condiție ereditară, fără să se poată preciza o lege de manifestare a acestei condiții. Azi sîntem înclinați să credem că e vorba mai ales de o labilitate funcțională, de o instabilitate a homeostaziei celulelor corticale. Pe acest teren, anumite complexe circumstanțiale favorizante pot să determine apariția crizelor. În general capacitatea „convulsivă” a creierului nu poate fi actualizată decît de factori foarte intensivi ca acțiune: tumori cerebrale, inflamații, comotii, intoxicații, traumatisme cranio-cerebrale etc. Rezultă de aici posibilitatea considerării unui prag convulsiv, comportînd nivele diferite, de la normal la patologic și care la epileptici este scăzut. Transmiterea ereditară directă a epilepsiei este o raritate și nu poate constitui de regulă un argument pentru un punct de vedere de eredopatologie.

Criza convulsivă care a constituit întotdeauna simptomul central, axial pentru definirea epilepsiei, prezintă o foarte mare variabilitate de la un bolnav la altul. Ea înseamnă o modificare de conștiință de tip brutal și total (*epilepsia majoră*) sau, în cazul cînd mecanismul deficitar cerebral nu e generalizat, o alterare parțială sau chiar minimală a conștiinței (*epilepsie minoră*). Trebuie însă să nu pierdem din vedere că reacția convulsivă a

creierului este o caracteristică biologică comună oricărui individ și, mai mult chiar, observabilă pe o mare întindere în scară filogenetică. De aceea se cere să operăm o diferențiere între epilepsiile acute, expresia unor accidente tranzitorii, episodice și epilepsiile cronice, expresia unor leziuni sau anomalii cerebrale permanente.

Epilepticii fac crize care pentru același bolnav se pot modifica și pot diferi ca tip, gravitate, distribuție în timp. Sistematizarea clinică și didactică deosebește — așa cum am arătat — două forme fundamentale: *epilepsie majoră* și *epilepsie minoră*, sau marea și mica criză. Ele pot exista la același bolnav, alternînd sau constituind modalități evolutive de trecere dintr-una în alta.

Frecvența lor este variabilă. Crizele pot fi zilnice, săptămînale, lunare. Există bolnavi care nu cad pradă accesului decît la șase luni, alții prezintă o serie de crize urmate de o lungă acalmie ce durează luni de zile. Orarul atacului de epilepsie poate să fie mai mult sau mai puțin constant pentru același individ: crize nocturne, crize la trezirea din somn, crize după repausul de după-amiază etc. Alții pot să le facă la orice oră, în chip complet imprezibil. Unii bolnavi au crize frecvente de mică epilepsie („petit mal”) și din cînd în cînd cîte o criză majoră; alții constată agravarea bolii prin faptul că încet-încet, crizele minore sînt înlocuite de crize majore. Unele atacuri de epilepsie pot să fie urmate de o stare comatoasă prelungită. În spațiul dintre crize, epilepticul se poate simți sănătos, capabil de o activitate susținută atît intelectuală, cît și fizică. Dacă boala nu se dezvoltă ca un proces, bolnavii cu crize nocturne sau cu crize minore izbutesc — adeseori — să nu fie bănuți de infirmitatea lor, datorită capacității lor de inserție socială.

Există încă concomitențe *caracteriale anormale* la un număr considerabil de epileptici. Clinicienii au făcut tentative de identificare a unui *caracter epileptic*, în corelație cu o constituție specială. Materialul cules este impozant, dar departe de a se grupa în jurul unui criteriu unitar. Persoana epileptică apare în general lentă, adevărată, cu tendința la repetiții, cu o capacitate asociativă mare, cu înclinație la gestualizare, la generalizarea definițiilor. Caracterul lor se resimte prin dominanța

unei mari repercusivități. Viața epilepticului se desfășoară între doi poli extremi: acela de adezivitate, viscozitate, aderență la mediu, și acela de explozivitate, de bruschetă nebanuită. Când se vorbește de constituția epileptică, trebuie să înțelegem o manieră de a fi oarecum permanentă, înăscută sau căpătată, solidară cu echilibrul organic și putînd varia cu el.

În ceea ce privește tulburările de caracter ale epilepticilor, faptul de observație fundamental este eșalonarea lor între normal și patologic. La copilul mic, atingerea cerebrală generatoare a condiției epileptice, este urmată de un deficit de dezvoltare psihică și eventual fizică (mers întîrziat, vorbire tardivă, enurezis, terori nocturne, randament deficitar la școală) care face din micul bolnav (înainte chiar de apariția crizelor care pot surveni mai tîrziu) niște neadaptați, dificili, dezordonați, debili mintali, în general „copii probleme”. De reținut este că cele două serii de fenomene de care ne-am ocupat, accidentele epileptice, convulsive și tulburările psihice ale comițialilor sînt într-un raport de concomitență neobligatoriu, dar reprezentînd expresia comună a unei afecțiuni cerebrale organice, explicită sau nu.

Epilepticii sînt în general ca niște seismografe ce convertesc ușor în accese sterile de tulburare funcțională ale economiei organismului episoade emotive nefavorabile, variații insolite de mediu etc.

În *epilepsia minoră* („petit mal”), atacul se poate rezuma la o obnubilare pasageră, de scurtă durată, pînă la o pierdere a conștiinței, cu cădere. Copilul va rămîne nemișcat cîteva secunde, va scăpa o jucărie din mînă, va lăsa să-i cadă lingura în farfurie. Bolnavii adulți se pot întrerupe în mijlocul frazei, devin palizi cu privirea vidă. După cîteva momente totul a trecut și-si regăsesc cursul ideii întrerupte. Cei din jur pot constata o serie de fenomene neobișnuite: clipire rapidă, devierea ochilor, paloare sau roșeață a feței, plescăirea limbii, mici valuri de contracție musculară la față etc.

Criza de epilepsie minoră se caracterizează prin durată redusă și prin puținele fenomene reziduale. Bolnavul își revine singur de cele mai multe ori. Alteori

trebuie ajutat să-si regăsească șirul frazei sau gîndirii întrerupte.

Analiza clinică a formelor de epilepsie minoră a pus în evidență o serie de modificări care constituie un grup aparte de simptome. Cu tot comportamentul, aparent normal, personalitatea bolnavului suferă o alterare globală manifestată printr-un comportament bizar, illogic, absurd și stare de „confuzie activă”, numită automatism-epileptic. La mulți bolnavi, automatismul poate fi stereotip, ducîndu-i la executarea acelorași acte nepotrivite și incoerente.

După aceste episoade de automatism, bolnavul își regăsește personalitatea normală și asistă stupefiat la povestirea aventurilor, al căror erou a fost, fără să păstreze cea mai mică amintire. De multe ori stereotipia crizelor e singurul semn al caracterului lor comițial. Nu trebuie să se înțeleagă că fenomenele de automatism constituie o regulă. Nenumărați epileptici nu le fac niciodată.

Epilepsia majoră („grand mal”), se caracterizează prin accesul major a cărui schemă generală are, mai mult sau mai puțin, valoarea unei constante fiziopatologice. Mulți epileptici fac criza precedată de o trăire specială, care se numește aură, trăită ca o senzație inedită și indescriptibilă ce poate conține elemente cenezice, epigastrice, spasme intestinale și senzoriale (scilipiri luminoase, scene terifiante, sunete muzicale, zgomete, percepții gustative ciudate, mirosuri în general dezagreabile) sau fenomene motorii (repetarea aceluiași cuvînt, de exemplu etc.). Uneori, o euforie extraordinară precede fulgerător criza alteori un sentiment de regăsire paradisiacă sau starea de „deja vu”.

În domeniul motor, aura poate să se manifeste prin mișcări stereotipe, involuntare, limitate la un teritoriu precis: spasm al brațului, rotirea capului, devierea ochilor etc. Sensibilitatea generală poate de asemenea să fie interesată în fenomenele de aură. Furnicături, amorțeli, parestezii, se înregistrează astfel în perioada prodromală a marii crize.

Rareori, bolnavul are timp să se folosească de informația automată pe care o reprezintă *aura*. De cele mai multe ori, după cîteva secunde pierde conștiința și

cade. Uneori aceasta se însoțește de emisiunea unui strigăt gutural. Individul în criză cade ca un bloc, cu toată musculatura scheletică într-o stare de rigiditate, efectul unui spasm tonic generalizat. Diafragma fiind de asemenea prins (ca și musculatura respiratorie), bolnavul nu respiră. Fața îi este cianotică. Se observă adeseori o inegală distribuție a spasmului tonic; se răsucesce în jurul unui ax longitudinal, prezintă devierea capului, a ochilor, a feței, drept urmare a asimetriei de distribuție tonică.

După câteva secunde, faza tonică face loc unor violente contracții clonice, care animează ritmic bolnavul cu niște secuse generalizate, ce se însoțesc de expirații rapide și cu emisiune de spumă salivară. Din cauză că subiectul își poate mușca limba, spuma este adeseori rozată, amestecată cu sânge. Tot în timpul contracțiilor clonice, presa abdominală poate acționa asupra vezicii urinare și a intestinelor gros, determinând o pierdere de urină sau fecale.

Faza clonică se degradează încet înspre faza de flaciditate (respirație zgomotoasă, rezoluție musculară, faza vultooasă urmată de comă profundă). Dacă examinăm pacientul ajuns în faza de flaciditate musculară și comă, vom putea pune în evidență o midriază mare fără sensibilitate luminoasă. Reflexul cornean este abolit, semnul lui Babinski prezent, cu areflexie tendinoasă. Apoi, coma se atenuează încet, reflexele revin, reacția la stimuli dureroși se produce și conștiința re-apare, dar cu o stare de confuzie și dezorientare, cu greață sau vomă, cu cefalee puternică și propensiune pentru somn, care-l fac să adoarmă profund. Unii prezintă o criză de plîns în perioada confuzivă de după acces. Starea de rău epileptic (status epilepticus) se constituie prin repetarea crizelor, așa încît următoarea se declanșează înainte ca el să-și fi revenit din precedentă, să-și fi recăpătat conștiința. Temperatura se ridică și poate depăși 40°. Bolnavul sucombă uneori prin colaps cardiac sau în orice caz printr-o serie de condiții definitorii pentru această complicație gravă. Conduita terapeutică, în asemenea cazuri, urmărește întreprinderea acestui „status epilepticus”.

Sînt cazuri rare de epilepsie, în care o perioadă de crize cu o frecvență oarecare se convertește prin substituție într-o stare psihotică ce poate să conțină elemente maniacale cu impulsuni, agitație, crize de mare violență. Dealtfel, trebuie să amintim că toate modalitățile intermediare între mica și marea epilepsie sînt posibile. De asemenea, de la episoade foarte scurte de modificări psihice, halucinatorii sau depersonalizante la forme complete de psihoze, toate nuanțele au fost descrise. Astfel după accesul epileptic întîlnim o stare de confuzie mintală cu dezorientare profundă, tulburări psihosenzoriale (halucinații și iluzii), irascibilitate excesivă ce poate merge pînă la acte impulsive. În plus întîlnim amnezie care interesează toată durata accesului și are un caracter lacunar.

Se descriu și tulburări psihice acute care apar independent de criza convulsivă, dar au o desfășurare subită, neașteptată ca și un acces. Datorită acestei asemănări cu criza epileptică (aparitie și disparitie bruscă, tulburări de conștiință, automatisme psihomotorii etc.) ele au fost denumite *echivalente epileptice*.

Vom aminti cîteva tipuri de echivalente epileptice ce se pot manifesta prin modificări ale dispoziției în sens maniacal sau depresiv, prin stări crepusculare sau oniroide, somnambulism, confuzii delirante, automatism ambulator.

Gurevici a descris așa-numitele *stări deosebite* caracterizate prin tulburări psihosenzoriale, afective și intelectuale, dar fără alterarea profundă a conștiinței și amnezie. Manifestîndu-se prin tulburări ale schemei corporale, depersonalizare, impulsuni dromomanice, fenomene de „jamais vu” sau „deja vu” etc., le găsim mai frecvent în formele de *epilepsie temporală*. În sfîrșit, mai pot exista stări delirante cu caracter de grandoare, persecuție sau influență denumite *paranoia epileptică* care apar mai ales după stările deosebite. Printre tulburările psihice *cronice* se descrie demența epileptică apărută ca urmare a repetatelor distrugerii neuronale din timpul acceselor epileptice.

Aceste manifestări psihice din epilepsie trebuie să le diferențiem de simptomatologia similară din psihoze. Manifestările epileptice sînt neașteptate, aparent nepro-

vocate din exterior, se însoțesc adeseori de o mare violență și de caracterele psihismului epileptoid (viscozitate, bradipsihie, egocentrism etc.). Dispariția lor este tot așa de bruscă și bolnavul prezintă o amnezie completă față de ceea ce i s-a întâmplat.

Tratamentul psihozelor exogene va fi în primul rând orientat etiotrop și va urmări dezintoxicarea organismului și susținerea activității perturbate a diferitelor organe. În cazul că depistăm de la început cauzele organice ale sindromului confuzional sau găsim antecedente lămuritoare, aceste informații ne ușurează sarcina. Dar, în multe cazuri elementul etiologic ne poate scăpa.

În *psihozele infecțioase* aplicăm tratamentul cu antibiotice, energic și specific după efectuarea prealabilă a unei antibiogramme. Se vor administra concomitent tonice generale (ser glucozat, vitamine din grupul B și C), tonocardice, analeptice, reechilibrante hidroelectrolitice sub controlul permanent al constantelor biologice (tensiune, puls, glicemie, ionogramă etc.).

Coirault descrie fie un sindrom confuzional dominat de hipermetabolism protidic, cu creșterea azotemiei și deshidratare celulară, fie un tablou clinic caracterizat prin intoxicație hidrică și insuficiență suprarenală. În primul caz, se va administra glucoză, insulină, potasiu, anabolizante și hormoni antidiuretici. În cazul al doilea se va folosi în tratament hormoni din axa hipofizo-suprarenală (ACTH, corticosteroizi) și perfuzii cu clorură de natriu.

Agitația psihomotorie va fi combătută prin administrarea de neuroleptice (Haloperidol. Clorpromazină, Levomepromazină etc.) sau barbiturice.

În capitolul de *terapie antialcoolică* criteriul gravitează în jurul a câtorva metode clinice care și-au dovedit valoarea și își recoltează pacienții mai potriviți pentru fiecare din ele.

În cazul bețiilor acute patologice ce pot ajunge până la agitație psihomotorie și comă se sedază bolnavul prin administrare de neuroleptice sau barbiturice la care se adaugă energodinamizante (glucoză) vitamine (B, C) care potențează procesele enzimatice și de oxidoreducere tisulară, analeptice (Cofeină, Stricnină,

Ahyponon, Nootropil, Pentetrazol etc.). Uneori este nevoie de oxigenoterapie pentru combaterea hipoxiei cerebrale.

În *delirium tremens* se aplică neuroleptice, cardiotonice, TAM (după L. Pîrlog), vitamine, glucoză.

În halucinoza alcoolică și psihoza Korsakov se recomandă abținerea de alcool, măsuri igienice, vitamine, roborante generale, neuroleptice, analeptice, antihalicinatoare etc.

În general tratamentul complexului morbid al alcoolismului, în care tulburările psihice sînt determinate pe multiple căi patogenice (leziuni de encefaloză, insuficiență hepatică, scleroză vasculară, tulburări de irigație cerebrală, perturbații polimetabolice prin carențe vitaminice etc.) beneficiază în psihiatria contemporană de rezultate remarcabile care coroborate cu terapia specifică de tip condiționare aversivă disulfiramică (Antalcool, Antabus, Contralin, Esperal etc.) înlătură mult din scepticismul medical în privința acestei toxicomanii grave.

Metoda reflex condiționată se combină eficace cu psihoterapia individuală și de grup. Ca și cum simplificarea excesivă a mediului pe care o implică orice metodă reflexologică devine o condiție sensibilizantă pentru influența pozitivă a psihoterapiei. Formula terapeutică lapidară „înțelegere, asistență, fermitate” își găsește o dublură dialectică în ceea ce trebuie să definească pe alcoolic: dorința de a fi asistat și responsabilitate.

Toate considerațiile despre tratamentul alcoolismului se supun unei serii întregi de condiții obiective care trebuie întotdeauna considerate cu un ochi critic. Aprecierea inteligenței și mai ales a puterii de înțelegere pe care alcoolicul o are despre situația și toxicomania sa este unul din factorii-cheie ai tratamentului. Urmează, apoi, în ordine succesivă de importanță, modificările organice și deteriorările pe care sistemul nervos central le-a suferit în urma regimului de alcoolizare.

Am amintit de corelațiile între structura persoanei și propensiunea alcoolică. Imaturația afectivă recapătă importanță și atunci cînd considerăm șansele de tratament și vindecare. Ea compromite sau garantează inten-

sitatea și calitatea dorinței de a opri consumul de alcool. Alcoolicul poate mai mult decât alți dezechilibrați psihici „tărăște” după el constelația complexă formată din angrenarea lui socială, de mediul familiar și extrafamiliar, de momentul social-istoric etc.

Aceste trăsături individualizează tratamentul anti-alcoolic care constituie în marea majoritate a cazurilor o acțiune complexă de restructurare dinamică a unei persoane imature cu trăsături nevrotice și afectivitate regresivă. Din focul încrucișat al psihoterapiei și al procesului de autoconsiderare al alcoolicului, din influențele grupului de tratați se nuanțează condițiile complexe ale vindecării.

Disulfiramul a demonstrat că aliază un mecanism condiționat cu efectul de cenzură fizică pe care-l exercită conștiința apariției „șocului de Antalcol”. Din studiul bolnavilor „protejați” cu acest medicament rezultă că acest tratament reușește dacă e ancorat pe un teren critic și voluntar. Dar, unanimitatea părerilor tinde să demonstreze că marea combatere a alcoolismului, trebuie să fie un capitol de medicină preventivă.

Educația antialcoolică poate începe în școala elementară și se poate extinde în toate direcțiile și pentru toate vârstele. Și alcoolicii vindecați sînt susceptibili de influențele educației de societățile antialcoolice din diferite țări. Sînt utile în acest sens conferințe prezentate de specialiști ai subiectului, filme de scurt metraj sau cu scenarii special compuse, expoziții de popularizare a cunoștințelor științifice. Mijloacele pot fi extrem de variate și lasă un cîmp deschis imaginației și inițiativei medicale.

Există actualmente o impozantă listă de realizări la care fiecare țară poate să aducă prestigiul unei contribuții. Dar, „balaur social” cu o sută de capete, alcoolismul nu se oferă soluțiilor simple. Balsam de suferință cotidiană, drog cu acțiune euforizantă imediată, anesteziant față de frig și oboseală, alcoolul își menține mitul radios de stimulent general al tuturor funcțiilor sistemului nervos, cu toate dovezile biochimice, contrarii și se sprijină pe surda competiție grandomană pe care bețivii și-o fac între ei. Ca un reactiv insidios și

cinic, alcoolul subliniază toate fisurile, care apar în funcțiile integrative ale individului. De la dorința ratată de fericire pînă la conflictele de muncă, de la decepții sentimentale și pînă la bugetul lunar deficitar toxicul e gata să camufleze dezechilibrul și să ofere o pseudo-soluție narcotică. De aceea, oricît de vastă a ajuns actualmente în lume mișcarea antialcoolică de la O.M.S. pînă la comitetele locale din statele scandinave, totuși contradictoria condiție umană continuă să se desfășoare și să se definească și prin alcoolism. Sistemele legislative ale diferitelor țări preconizează, în general, binele aprioric pe care statul vrea să-l realizeze în interesul colectivității, independent de capacitatea critică sau tendințele excesive egocentrice ale insului.

Și în medicina românească se desfășoară o susținută campanie antialcoolică. Valorile generale ale societății noastre devin nucleii de condensare a argumentelor și acțiunilor de combatere a alcoolismului. Împletirea vastă a fenomenului de toxicofilie etilică angajează pe medicul modern într-o acțiune vastă cu nenumărate conexiuni, cu un obiectiv final care-și justifică pe deplin denumirea de sociatrie. Se folosește în acest caz puterea de influență pozitivă pe care grupul o are asupra individului.

Acțiunea pozitivă, antialcoolică vizează toate aspectele și nivelele persoanei toxicomane de la simțul moral și valori etice și pînă la pulsuniile elementare pe care alcoolul le satisface prin „substituire”. Toată înălțimea edificiului personal trebuie explorat și angajat fie că e vorba de influența cunoștințelor critice asupra comportamentului și inserării sociale, fie că transferul afectiv și psihoterapic de grup ameliorează fondul nevrotic sau psihopat care întreține subteran un alcoolism secundar.

Indiferent care sînt criteriile adoptate ele se întîlnesc într-o răspîntie unanim recunoscută și acceptată azi: combaterea alcoolismului. În afară de consemnul general asupra acestui imperativ mondial ne ciocnim de o diversitate de opinii atunci cînd e vorba să se formuleze și aleagă cele mai potrivite mijloace de combatere a flagelului toxicoman.

Dezintoxicarea morfinomanică, cocainică sau heroinică se realizează prin reducerea treptată a toxicelor ingerate. Durata tratamentului variază de la caz la caz și depinde de cantitatea toxicului folosit de bolnav înainte de internare.

Fenomenele de abținere sînt mai ușor de suportat dacă bolnavii sînt ținuți sub efectul unor doze mari de neuroleptice. Simptomele somatice vor fi combătute prin administrarea de cardiotonice, vitamine energodinizante.

Tratamentul psihozelor endocrine și de sarcină se realizează în secțiile de psihiatrie prin aplicare de neuroleptice, preparate hormonale, iar în cazul psihozelor postpartum prin aplicare de electroșoc.

În faza acută a *traumatismelor cranio-cerebrale* se aplică o terapie de reanimare pentru a combate starea de șoc și edemul cerebral (psihozele de edem după Faust). În faza tardivă se aplică sedative sau neuroleptice, substanțe de stimulare metabolică (Nootropil, Meclofenoxat, Encefabol, Reactivan, Lecitină etc.) sau vasodilatatoare cerebrale de tipul Hyderginului.

În tratamentul medicamentos al *epilepsiei* se folosesc o gamă largă de medicamente care acționează prin creșterea pragului de excitabilitate neuronală și deprimarea transmiterii sinaptice. În epilepsia majoră se aplică cu succes: Fenobarbitalul, Hidantoina (Fenitoin), Primidona și Fenilacetilureea. Aceste medicamente se pot asocia, ceea ce le crește efectul terapeutic și le diminuează efectele secundare. Tratamentul trebuie individualizat, aplicat timp îndelungat și fără a se scădea brusc dozele.

În paroxisme de tip „petit mal” putem întrebuința Tegretolul (carbamazepin), Trimetadiona, doxepinele, succinimidele (Lifene, Zarotin) etc.

În status epileptic se administrează Fenobarbital, perfuzie glucozată, sulfat de magneziu, neuroleptice, diuretice și cardiotonice, ACTH și în unele cazuri puncție rahidiană decompresivă (20—30 ml) pentru combaterea complexelor dereglări hidrice și metabolice ale encefalului.

Toate aceste succinte considerații despre asistarea psihozelor exogene se supun unei serii complicate de condiții care trebuiesc întotdeauna considerate cu simț critic. Aprecierea modificărilor organice și a disfuncțiilor pe care creierul le-a suferit trebuie să ne conducă în direcționarea și nuanțarea tratamentului aplicat. În această rețea multiplă și complicată se înscrie și articulează medicul care devine pentru perioada tratamentului și după aceea un părinte adoptiv, un tehnician prestigios și un reprezentant moral al societății.

PATOLOGIA INVOLUȚIEI

Bătrânețea constituie, pe lângă a treia vîrstă a omului, un aspect al modelului socio-cultural, precum și un indicator al gradului de civilizație atins de o colectivitate. Fiecare individ are bătrînețea lui caracteristică, tot așa cum fiecare societate deține o perspectivă colectivă a senescentei.

În lumea contemporană există o unanimitate de păreri că tulburările mintale ale bătrîneții prezintă o importanță și amploare pe care nu o aveau în trecut. Creșterea longevității a determinat și mărirea frecvenței **patologiei de involuție**, care se manifestă atît visceral, cît mai ales psihic.

Durata medie a vieții omului primitiv era de treizeci de ani, iar în timpul evului mediu, mijlociu și a renașterii vîrsta medie a europeanului, a omului care atinsese culmea unei civilizații posibile, se cantona între treizeci și patruzeci de ani. Aceste cifre statistice, orientative, ne demonstrează că drumul parcurs de la epoca de piatră și pînă la renaștere era imens din punctul de vedere al cuceririlor spirituale ale omenirii și minuscul în ceea ce privește prelungirea vieții și „cucerirea” longevității. Probabil că longevitatea n-a crescut, fiindcă nu exista o medicină care să descopere cauzele îmbătrînirii atît de rapide și să o poată astfel combate.

În secolul al XX-lea medicina se orientează spre cercetarea cauzelor bolilor, a *etiopatogeniei* și în acest context se înregistrează o creștere pronunțată și continuă a longevității bătrîneții care se plasează — ca medie — în jurul vîrstei de 70 de ani. Dar în același timp dezvoltarea industrializării și urbanizării încarcă această

vîrstă cu o mulțime de probleme dificile capabile să o transforme în sensul suferinței, dezadaptării și patologiei. Statisticile ultimilor 20 de ani subliniază creșterea numărului bătrînilor internați în serviciile de psihiatrie. Acest grup statistic ne apare proporțional cu creșterea longevității în masa generală a populației.

Au fost schițate două ipoteze pentru a explica aceste date statistice. Prima dintre ele enunță că patologia psihică a bătrîneții reprezintă o trăsătură caracteristică, un fel de corelat psihobiologic inevitabil al procesului de involuție, iar cea de a doua consideră că acest tip de patologie mintală este expresia deficitului general adaptativ al vîrstei înaintate față de condițiile complexe, endo și exogene, pe care le trăiește omul secolului nostru. Dacă urmărim argumentele diversilor autori privind cele două ipoteze, sîntem înclinați să admitem valabilitatea explicațiilor propuse. Dar adevărul rezultă din reunirea celor două serii de argumente, deoarece bătrînețea conține în sine o probabilitate de patologie mai mare decît vîrsta maturității iar omenirea de azi se confruntă cu un mediu economic și socio-cultural extrem de complicat care ne solicită după direcții și modalități existențiale variate și dificile. În măsura în care aceste două aspecte nu se pot separa, considerăm că trebuie să operăm o sinteză între cele două puncte de vedere și să gîndim *plurifactorial* ansamblul acestor probleme.

Henri Ey subliniază că îmbătrînirea este un fenomen biologic general, reprezentînd un fel de preț plătit de organismele superioare pentru gradul înalt de organizare atins. Numai în culturile de țesuturi o sursă de celule embrionare poate să dea descendente care nu prezintă semne de îmbătrînire și cu atît mai puțin fenomenul morții. Dar aici avem de a face cu o materie vie nediferențiată, simplă, compusă din celule cu o organizare primitivă, elementară.

Imaginea completă a normalității cuprinde — fără excepție — următoarea secvență existențială: *nașterea*, urmată de dezvoltarea psihosomatică ce culminează la vîrsta *maturității* și apoi de o perioadă de declin, a funcțiilor organismului, denumită *bătrînețe* și epuizată prin moarte. Atîta vreme cît cota de bătrînețe nu depășește o medie — general admisă — senescenta este normală.

În cazurile cînd ea se însoțește de un quantum mai mare de deteriorare sau pierderea funcțiilor psihice, ne situăm în domeniul patologiei psihice. Iar atunci cînd psihiatria comentează aspectele de patologie mintală a vîrstei înaintate, folosește termenii de *involuție*, *senilitate*, *demență*, iar limbajul comun pe cel de ramolire.

Din punct de vedere al delimitării cronologice este dificil să enunțăm repere fixe, deoarece fiecare individ are panta lui de declin. Dacă ne referim însă la un ansamblu statistic, la un grup constituit dintr-un număr mare de indivizi, putem fixa în mod convențional între 45—65 ani un fel de perioadă preparatorie a senescenței (*presenescentă*) și putem socoti că peste 65 de ani tot ce se întîmplă poate fi înregistrat în ansamblul fenomenelor de îmbătrînire, de *senescență*. Noțiunea de *presenescentă* funcționează limitat în considerațiile de clinică psihiatrică, ca o necesitate de ordine într-un fenomen general, iar în mentalitatea și limbajul comun ea nici nu există. Tipologia generală a *presenescentei* cuprinde o serie de aspecte *deficitare* și altele *reactive* la această denivelare globală. Cercetările psihologilor din școala anglo-saxonă, germană și sovietică au subliniat că involuția capacităților intelectuale începe destul de timpuriu. Astfel, capacitatea de atenție, de reținere a informațiilor și suplețea în gîndirea abstractă după ce a atins un maximum de eflorescență între 15—30 ani, trece treptat într-un alt regim de funcțiune cînd nu se mai învață și memorizează tot așa de ușor, iar oboseala se stabilește mai repede. Scade mai ales curiozitatea pentru noutate, dorința de informare și cunoaștere.

În *presenescentă* dinamismul general al proceselor psihice pierde din forță și viteză. Apare un plus de tristețe fără obiect sau motiv, o timie negativă care reprezintă, de fapt, tonalitatea generală afectivă. Crește iritabilitatea și înregistrăm o lipsă de răbdare ca expresie a diminuării tenacității și înțelegerii. În ansamblul deficitelor generale remarcăm scăderea de randament senzorial, deoarece „uneltele” funcțiunilor psihice involuează și ele. Statisticile evidențiază că după 45 de ani deficitul de refracție oculară și acuitate auditivă reprezintă o regulă generală. Din punct de vedere morfologic, al aspectului exterior, *presenescenta* reprezintă o perioadă

de transformări, de pierdere a frumuseții din cauză că țesuturile își diminuează elasticitatea și turgorul, grăsimile se depune și apar ridurile, trăsăturile feței încep să cadă și să se accentueze, mucoasele se subțiază, dinții își accentuează defectele ș.a.m.d. Ansamblul acestor modificări somatice fac ca vîrsta să poată fi adeseori citită în aspect, ținută și motilitate, de la vioiciunea privirii și finețea auzului care a scăzut, pînă la încetinirea mișcărilor și a formelor marcate deja de stigmatul timpului.

Aceste fenomene sînt însoțite de modificări care trec de somatic și subiectiv și se reflectă la nivel social, în domeniul situației individului îmbătrînit în societate, în relațiile de muncă, culturale, intrafamiliale, cu alte generații ș.a.m.d. În competiția zilnică a muncii, efortului, creației, activității culturale și comunicării multiple dintre oameni, marca îmbătrînirii poate fi surprinsă în nenumărate aspecte ce rezultă din transformările pe care le suferă integrarea individului în grupul social. Scăderea generală a capacităților individuale sînt înregistrate inevitabil de cei apropiați și mai ales de generațiile tinere. Acestea creează uneori tensiuni sau conflicte, fiindcă cele trei generații, mereu prezente — copii, adulți și generația în declin — sînt într-un continuu schimb afectiv de interinfluențe, eforturi de înțelegere, educaționale, raporturi economice și culturale.

Față de ansamblul fenomenelor deficitare, persoana *presenescentă* prezintă două modalități de reacție: una echilibrată, armonică, pozitivă, izbutind să întrebuinteze și să valorizeze calitățile vîrstei și alta în care se constelează fenomenele de deficit adaptativ cu pierderea sentimentului de prezență normală, înțelegere și valoare, conducînd la apariția trăsăturilor de suferință psihică generală.

Fiecare îmbătrînește așa cum a trăit, după stilul și valoarea vieții pe care a avut-o în tinerețe și la maturitate. Dacă izbutim să trăim așa încît să ne facem datoria față de societate, dacă ne identificăm cu idealurile ei, dacă demonstrăm o participare activă la viața comunității, avem șansa să îmbătrînim în chip constructiv și valoric. Pentru acei oameni a căror viață a fost puternic marcată de sentimente altruiste și generoase, de aspecte sociale pozitive, îmbătrînirea se înscrie în continuitatea

acestui stil și valori generale ale persoanei. Individul îmbătrânit este beneficiarul experienței acumulate și a formelor de gândire pe care le-a practicat și perfecționat. În activitatea sa, bătrînul compensează adeseori prin calitate și profunzime ceea ce pierde în viteză și abilitate. La fel cum pe alte planuri creatorul compensează prin precizie și expresivitate ceea ce pierde în imaginație. Cele două sexe cîștigă în înțelegere și finețea raporturilor afective, ceea ce părăsește în domeniul interesului și atracției erotice.

Îmbătrînirea constituie o perioadă de *criză*, o desnodare a forțelor care se împletesc în evoluția fiecărui individ uman. În ansamblul complex al funcțiilor sociale, bătrînețea poate să reprezinte fie o față normală, funcțional echilibrată și integrată, fie o problemă dificilă, o disfuncție socială. De la bătrînețea normală și echilibrată și pînă la patologia alienantă a senescenței există o distanță considerabilă, pe care psihiatria a prospectat-o și apoi a enunțat clasificări: **îmbătrînirea normală** și cea **patologică** cu tulburări caracteriale, suferință nevrotică sau decompensări psihotice.

Să amintim succint fenomenele ce pot dezechilibra persoana în timpul procesului de îmbătrînire și din care vom putea apoi deriva caracteristicile procesului involutiv. În prim plan se situează fenomenele de tip *depresiv*, constînd din izolare, refuzul și revolta de a îmbătrîni. Autoobservația declinului produce o gravă și profundă tristețe. Această reacție psihologică la scăderea generală a capacității și forței proprii, la imposibilitatea de a păstra pasul cu cei mai tineri, alimentează un sentiment de înfrîngere, decepție, părere de rău, de regret al timpului trecut și neîncredere în viitor. Neacceptînd să vadă în îmbătrînire un fenomen previzibil și normal, bătrînul poate avea sentimentul „anormalului” și poate trăi cea de a treia vîrstă ca pe o boală. Știind că modelul maturității este definitiv depășit, deci pierdut, el se adîncește progresiv în tristețe și anxietate.

Un alt fenomen general care derivă din aceste autoconstatări este replierea, închiderea în sine, *izolarea*, pierderea reciprocității de conștiință și acțiune. Bătrînul trăiește sentimentul neplăcut și apăsător că lucrurile comune cu cei din jur scad în cantitate și intensitate și

această restructurare de fond care marchează criza senescenței se soldează cu o izolare progresivă și mizantropică.

Refuzul îmbătrînirii constituie o atitudine activă, spectaculară, dar nu de puține ori deficitar socială și atunci ea devine subiectul criticii și ironiei celorlalți semenii. Această agățare forțată și nefirească de un statut în care pretențiile și autoaprecierea nu sînt justificate, transformă pe îmbătrînit într-un agresiv ce nu consimte să cedeze pasul celor mai tineri și poate mai capabili. Alteori, bătrînețea anormală se manifestă prin tentativa de travestire a vîrstei prin cochetărie exagerată (vopsirea părului, purtarea de perucă etc.), pretenții de cuceriri erotice sau depunerea unor eforturi exagerate, disproporționate pentru a ține pasul cu moda. Dar toate aceste reacții anormale nu reușesc să salveze nimic.

Paralel cu aceste atitudini dublate de o anumită tehnică psihologică, întîlnim și o modalitate de opoziție, manifestată prin trăiri vehemente și brutale. Ea derivă dintr-o gravă alterare a personalității și se caracterizează printr-o critică distructivă a valorilor tinereții, printr-o intransigență și o atitudine paranoic agresivă contra acelor care posedă ceea ce bătrînul pierde zi de zi.

Toate aspectele prezentate, constînd în procese de dezorganizare și degradare a personalității, echivalează în perspectivă socială ceea ce îmbătrînirea prezintă în aspectele sale subiective: scăderea treptată a afectivității, o accentuare a instinctului de proprietate și posedare, iar ca un numitor comun al acestor defecte, un *egocentrism* din ce în ce mai pronunțat.

La începutul secolului trecut, psihiatrul german Ziehen, a introdus o noțiune care a făcut apoi o carieră utilă în psihopatologia bătrîneții și anume modificarea a ceea ce el numea „fluiditatea mintală”. Bătrînețea se caracterizează tocmai printr-o pierdere a acestei fluidități. Și, fiindcă comparațiile organice sînt sugestibile, se poate vorbi la bătrîni și de o scleroză. Tot așa cum scleroza generală a organismului înseamnă scăderea elasticității, a supleții mușchiulare și articulare, cît și a elasticității peretelui vascular, unii psihiatri vor-

besc de o „psihoscleroză”, iar limbajul comun întrebuintează peiorativ cuvîntul de „sclerozat” atunci cînd face aluzie la aspectul de ansamblu al persoanei îmbătrînite. Se pierde efectul principal al fluidității mintale, reprezentat de spontaneitate și viteză, scade capacitatea de însușire a noutății, posibilitățile de sinteză sînt îngreuiate. Efectul acestor transformări constă în preferarea vechiului și prelucrarea compensatorie a trecutului care duce la antipatizarea a tot ceea ce este modern și inovator. Există însă și numeroase excepții de creatori, care au continuat să inoveze și la bătrînețe, de specialiști ce adaugă la lista activității lor capitole excelente sau le reiau și aprofundează pe cele vechi.

Involuția capacităților mintale înseamnă și o scădere de ansamblu a capacității adaptative. Bătrînii posedă o mică capacitate de adaptare la situații noi, o mare dependență de stabilitatea condițiilor de existență, de tot ceea ce face ca aspectul social al individului să se desfășoare într-un climat constant de randament și echilibru.

O altă trăsătură defectivă a psihismului bătrînilor constă în sărăcirea și *stereotipizarea* temelor de discuție și comunicare. În limba franceză există cuvîntul „*radotage*” și noi îl folosim pentru a semnala tendința de repetare pînă la pisălogeală a anumitor teme. Ceea ce conduce adeseori la o situație sterilă, agasantă și enervantă.

Activitatea care dublează, potențează, subliniază și leagă ansamblul vieții psihice, se încadrează în legea generală de *rigiditate* și sărăcire. Paralel cu această scădere a bogăției sentimentelor, cu estomparea emoțiilor, cu acoperirea flăcărilor sentimentelor de cenușă se înregistrează o *incontinență emotivă*, trecerile afective sînt mult mai bruște și mai puțin motivate. Dar ceea ce domină afectivitatea bătrînilor este această tensiune și schimbare a direcției sentimentelor de la tranzitivismul lor normal spre egocentrism. Fluxul afectiv se retrage, drenează spre orizontul mărunț și închis al egoismului.

Bucuria și entuziasmul nu mai sînt contagioase pentru bătrîni. Această „ridare” a faciesului etic al bătrînilor trebuie să o considerăm ca o rezultată inevitabilă

a *diminuării globale a psihismului*, în care straturile profunde, pulsuniile instinctive apar în scenă deoarece nu mai sînt moderate de funcțiile superioare. Posibilitățile și modalitățile altruiste scad în ansamblu, iar substratul egoist devine mai evident printr-o asemenea schimbare de proporții. Torsiunea opticii valorilor se reeditează și pe plan material și bătrînii devin avari, lacomi, zgîrciți.

Stocul general de informații suferă o denivelare cantitativă prin *degradarea funcțiilor mnezice*, cu caracter dominant și determinant social în psihismul normal. Ceea ce face dinamismul ideilor și întreține puterea de proiectare a înțelegerii în planul activității este tocmai rezultatul acestei întîlniri continue între subiectiv și social. Bătrînețea înseamnă tocmai interpunerea unei distanțe între social și individual și prin aceasta instaurază o *creștere a stagnării psihice* și a *izolării sociale*. Acest fenomen am putea să-l numim aspectul *anti-dinamic* al vieții mintale a bătrînilor.

Prin noțiunea generală de *demență* părăsim sistematizarea fenomenelor din cadrul îmbătrînirii normale și abordăm grupul mare al patologiei bătrîneții. Demență înseamnă o slăbire generală, o decădere definitivă și ireversibilă a funcțiilor psihice. Noțiunea de demență a fost folosită de clinicieni în secolul trecut și Baillarger a subliniat caracterul de *irreversibilitate* al modificărilor psihice.

Există totuși o excepție de la definiția generală a demențelor și ea se ilustrează prin numeroasele cazuri de *paralizie generală progresivă* (P.G.P.) vindecate. Posibilitatea ca această patologie să fie recuperabilă ține de faptul că în ea coexistă alterații și leziuni de substrat reversibile, cu altele ireversibile. Totul se petrece ca și cum condiția lezională ireversibilă (demența) și cea anatomo-patologică și funcțională reversibilă (confuzia mintală) acceptă la intersecția lor o combinație, o condiție amfibie, constituind paralizia generală. Dar cu toate obiecțiile furnizate de clinica paraliziei generale, nosologia celor două mari grupe de degradare a funcțiilor mintale de tip *demențial* și *confuziv* își păstrează valabilitatea și motivarea fără a implica o regroupare după un nou criteriu.

În clinica psihiatrică, atunci cînd punem diagnosticul de demență, ne orientăm în chip practic și cercetăm funcțiile de inteligență. Iar investigarea inteligenței, a capacității generale de orientare și de gîndire cauzală ne permit să obținem o informație rapidă despre procesul general de degradare a psihismului pe care apoi o generalizăm într-un diagnostic de ansamblu, acela de demență. Cînd discutăm în general despre demențe, vorbim despre nivelul mintal, profil de ansamblu al funcțiilor psihice cuprinzînd în aceeași măsură intelectul, afectivitatea și activitatea, dar mai ales structurarea dinamică a persoanei.

Psihiatri folosesc în clinica demențelor două sisteme de referință explicative: unul *etiologic* și altul *anatomopatologic*. Din punct de vedere al teoriei cunoașterii trebuie să remarcăm că diagnosticul etiologic al demențelor este destul de convențional, cunoștințele noastre în ceea ce privește raportul dintre substratul alterat și degradarea funcțiilor mintale sînt încă departe de o explicație științifică riguroasă. Diagnosticul demențelor stă pe o treaptă explicativă mult mai săracă decît cunoștințele noastre din restul fiziopatologiei, dar psihiatria fiind o disciplină practică trebuie să fim activi înainte de a aștepta ca teoria generală să ne ofere toate răspunsurile la întrebările fundamentale.

În legătură cu sistematizarea demențelor privind investigarea anatomopatologică, amintim că acest capitol de patologie ce se exprimă în ansamblul fenomenelor demențiale se caracterizează prin *destructurare* și *degenerescență neuronală*. Degenerescența reprezintă un proces de atrofiere și modificare morfologică progresivă care se termină cu moartea și dispariția celulelor nervoase. Suferința neuronală primitivă se însoțește de toate consecințele pe care structura și dinamica organului cerebral o implică prin transpunerea din normal în patologic. Ea este însoțită de fenomene de substituție, de proliferare glială și atrofie corticală cu dilatarea ventriculară, modificări de mielină (demielinizări) care privesc atît căile nervoase asociative cît și căile mari descendente. Alterarea corpului tigroid și palidarea generală a neuronilor poate să ajungă la imaginile numite de histologi „fantome”, spectre celulare. Toate acestea

nu sînt decît fețe, imagini, figuri histo-patologice ale procesului de degenerare neuronală.

Această proprietate degenerativă, atrofică și letală a celulei nervoase ține în unele cazuri de o *exogenie*, dar o surprindem de multe ori și ca o actualizare a unei *predispoziții ereditare*. Gîndirea clinică ne determină să înclinăm spre ipoteza că procesul atrofic (encefaloza) se produce prin suprapunerea plurifactorială de condiții patogenetice.

Deci, știm că procesul involutiv apare ca primar, neprecedat în chip evident de un fenomen înrudit sau preparator. Admitem cu o mare probabilitate că el reprezintă intervenția în metabolismul celular cerebral a unor *factori toxici* și că dismetabolismul care duce la destruc-turare și la moarte celulară este modelat de condiții din afara neuronilor. Acest „din afară” înseamnă însă mediul interior al organismului și nu cel exterior. Există și demențieri unde alterarea generală de substrat își are cauza princeps într-un *accident exogen* (de exemplu, demențele posttraumatice), dar și aici, ca și peste tot, se interpune modificarea prealabilă a condițiilor interioare. Pe vremea lui Bonhoeffer această separare între endogen și exogen a avut falma și autoritatea unei importante despicări a patologiei psihice în două părți ce se supuneau la o legitate diferită. Pentru noi ea și-a pierdut din intenție și semnificație, deoarece gîndim dialectic și nu mai putem concepe un exogen imediat, în care cuplarea dintre cauză și efect este directă.

În orice caz, ansamblul de date oferit de anatomopatologie asupra fenomenului involutiv ne permite să enunțăm un fel de regulă generală: *encefaloza reprezintă schema generală pe care o așezăm la nivelul substratului cerebral pentru procesul demențial*. Și nu există demență fără encefaloză!

Înregistrăm pentru un număr considerabil de cazuri de demență o *determinare genetică*. Dar există suficiente argumente care ne fac să admitem că ea nu este singurul mecanism patogenetic. Fie că este predispozant și își asociază alți factori, fie că o coincidență de factori multipli este necesară pentru ca acest substrat predispozant să se actualizeze în degenerarea atrofică a celulei nervoase.

În lista cauzelor de demențiere trebuie să amintim mai multe modalități posibile: toxică (alcool, opiu, morfină, hașiș, cocaină etc.), prin factori infecțioși (paralizie generală, encefalita epidemică, encefalitele bolilor infecțioase ș.a.m.d.). Sînt forme de suferință cerebrală cu determinism mai puțin cunoscut și care totuși duc la demențiere. Așa se întîmplă de pildă în scleroza în plăci (demență în plăci).

În sfîrșit, există o serie de boli psihice cînd nu cunoaștem modificările de substrat cerebral (deliruri cronice, schizofrenie), terminîndu-se în evoluția lor cu demențiere. Nu știm dacă boala psihică reprezintă o cauză directă a demențierii sau aceasta se instalează după un timp deoarece bilanțul metabolic al celulei nervoase se inflectează spre condiția degenerativă.

În clasificarea clinică, capitolul reprezentativ al patologiei involutive îl constituie varietatea numită **demență senilă**. Mai corect ar trebui să vorbim de „demențe” deoarece în ansamblul acestei patologii nu există criterii de separare tranșantă și nimic nu este mai înșelător decît încercarea de a diferenția clinic diversele forme de demență. Încercările lui Guiraud de acum treizeci de ani pentru a schematiza ansamblul de fenomene caracteristice demențelor senile n-au izbutit decît să demonstreze comunitatea semiologică și dificultatea de a le separa și diagnostica înainte de autopsie. Aceasta se întîmplă din cauză că deosebirile dintre datele morfologice și cele clinice sînt frapante. Sigur că există o condiție limită pentru trecerile dintre bătrînețea normală și patologică, dar nici analizele histopatologice nu pot să spună cu precizie unde se realizează acest tranziț.

În demențele senile *imaginea histopatologică* a creierului reprezintă o accelerare anormală, o pierdere a echilibrului celular. Poate că în acest caz modelul metabolic este genetic încărcat cu un „modul” de timp diferit de ereditatea care definește și condiționează îmbătrînirea normală. Deci degenerescența masivă, explozivă a neuronilor ne apare ca o boală a timpului înscris în celulă, ca o dereglare a pendulului cronogen al metabolismului cerebral, avînd ca rezultat final uzura și dispariția celulelor nervoase.

Să încercăm să conturăm și să sistematizăm aspectele *semiologice* îmbrăcate de suferința demențială. Fiind vorba de alterații ale persoanei, această treptată transformare patologică reprezintă un fenomen de ansamblu în care, doar metodologic, deosebim diverse capitole.

Demarcația între normal și patologic nu se înregistrează adeseori nici în mediul de inserție al bolnavului și nici în consultația psihiatrică ca un fenomen brusc și fără tranziție. Fenomenul de toleranță a senilului care se degradează, servește uneori la mascarea procesului involutiv. În alte cazuri se impune necesitatea de a izola senilul din mediul unde a trăit pînă atunci. În general, în viața simplă, destul de stereotipă, monotonă și reglată ca un fel de pendul lent, solicitarea individului involuat, situațiile menite să-l pună în deficiet sînt rare. Rutina ține loc — în acest caz — de comunicare, emoție și gîndire. Se ajunge astfel la situația ca nenumărați senili să continue, în chip discret, o existență anonimă cu tot pronunțatul lor deficit adaptativ. Pentru aceștia evidențierea degradării se realizează mai tîrziu decît la indivizii care au involuat rămînînd în condiții complete de solicitare și comunicare cu cei din jur.

Modificările de caracter din tabloul demențial sînt constituite din restrîngerea progresivă a activității, accentuarea sedentarismului, eliminarea oricărei noutăți și trecerea de la regimul de flacără vie a vieții psihice la o răceală progresivă. Scăderea capacității generale se însoțește de o *alterare morală*. Senilul devine invidios, avar, bănuitor și aceasta se însoțește de pierderea încrederii față de cei din jur. El reproșează, revendică, se plînge de ingratitudinea celorlalți, protestează împotriva insuficienței considerații acordate și a egoismului celorlalți, oricum mai mic decît al lui.

Declinul general al tuturor facultăților psihice și al capacității fizice îl împinge pe senil la atitudini compensatorii. În sfera sexuală de pildă, ei prezintă un limbaj obscen, preocupări exagerate, fără pudoare, pentru erotică și povești pornografice. Există demenți senili care trec printr-o perioadă de excitație sexuală manifestată prin voyerism. Pentru psihiatri tabloul „Susana și

bătrînii" reprezintă un document de psihologie senilă privind alterarea caracterului.

Obsesia sexuală a bătrînilor poate alimenta un *delir de gelozie*. Indivizii care au demonstrat un foarte bun echilibru moral, o armonică și controlată viață instinctivă, dezvoltă la un moment dat, în chip interpretativ, un delir de gelozie, absurd de două ori: prin vîrsta ce o dețin — și posibilitățile implicate — precum și prin vîrsta înaintată a soților (soțiilor). Nu rareori delirul de gelozie devine expansiv și trece dincolo de persoana soției, se extinde asupra nurorii, fiicelor, sau a unor femei tinere care în mod normal nu aparțin domeniului de control etic al delirantului. Delirul de gelozie se organizează atîta vreme cît funcțiile mintale sînt încă suficiente pentru înjghebarea unei activități derealizate. Pe măsură ce deteriorarea mintală progresează, demenul va ajunge într-un deficit și delirul nu va mai fi posibil, se va pierde în marasmul general al dezorganizării involutive.

Există însă și alte metode generale în cadrul patologiei involutive. Locul cel mai important îl ocupă *melancolia senilă*, mult mai puțin pură decît cea clasică, însă amestecată cu fenomene de automatism mintal, cu halucinații, dublată de elemente de neîncredere, prejudiciu și sentimentul deposedării. Melancolicul senil ia atitudine activă împotriva acestor „pericole” imaginare, încearcă să se apere și delirul său devine de protest, face plîngerii, se adresează autorităților, redactează testamente etc. Mai mult decît atît, se pot distinge multiple combinații dintre temele delirante sau treceri de la o atitudine la alta, dintr-un registru delirant în altul. Senilul delirant este excitat de aceste preocupări, nu-și găsește locul și întreaga lui forță de concentrare se cheltuiește pentru menținerea atitudinii de denunțare și critică a altora, de amenințare, recalcitrantă și intolerantă.

Dintre renumiți sistematizatori ai psihiatriei clasice Kraepelin și Kleist au crezut că ansamblul polimorf al acestor fenomene delirante poate fi reunit sub titlul general de *sindroame delirante tardive*, adică de sindroame tardive ale involuției. Așa poate fi considerat delirul de persecuție presenil al lui Kraepelin, sau para-

noia lui Kleist care au avantajul de a fi sintetice și de a putea să subsumeze o scară foarte largă de fenomene. Caracterul general subliniat de Kraepelin și Kleist este acela de interpretare, deci nota paranoică, de hipervaloare egoistă coexistind deseori cu o activitate halucinatorie care devine o sursă a materialului interpretativ. Temele dezvoltate delirant pot fi de grandoare, gelozie, erotomanie, de antecedentă ilustră etc. Iar după ce procesul demențial atinge cantitativ un anumit nivel, din toată eflorescența delirantă rămîn la început crîmpeie din ce în ce mai sărace, mai palide, cu tendință repetitivă și stereotipă și apoi nici măcar atît, decît resturi, „cioburi” de delir.

Tulburările intelectuale în demența senilă se desfășoară sub semnul *pierderii fluidității mintale*, ceea ce ilustrează că rapiditatea de gîndire, spontaneitatea, adecvarea dintre gîndire și limbaj scade și se pierde.

Memoria de evocare devine din ce în ce mai slabă, primul bagaj care se pierde este acela al numelor proprii. Ulterior se pierd cuvintele obișnuite, substantivele și apoi verbele. Cuvintele sînt tot mai greu de găsit și folosit, limbajul ia forme ocolite, de perifrază, apar substituiți uneori, e drept, sugestive, alteori însă complet greșite. Ruinarea progresivă a memoriei se manifestă la început în funcțiile de fixare, de acumulare prezentă, dar ulterior ea invadează ca o pată de ulei și memoria trecutului. Iar atunci cînd limbajul sărăcește considerabil se dezorganizează și fondul amintirilor, funcția generală de unificare a vieții mintale, aceea care, în mod normal, face ca psihismul să fie încontinuu în mișcare, proiectare și continuitate. Neproductivitatea mintală trece printr-o lungă perioadă compensatorie, de repliere, refugiu în trecut și se transformă ulterior în stereotipii, apunînd definitiv într-un imens pustiu mintal, reprezentînd faza finală a demenței.

Remarcăm și deteriorarea funcțiilor perceptive: senilul nu recunoaște cum trebuie, confundă, substituie, prezintă false identificări, folosește materiale și amintiri vechi pentru a explica întîmplări prezente. Această deteriorare a percepțiilor nu poate fi corectată, ea este însoțită de perseverare și de un fel de motivare puerilă prin evocări heterocronice ale trecutului.

Dar nu numai funcțiile operaționale sînt stricate, ci și sistemul de referință este alterat și deformat. Dezorientarea temporo-spațială face ca dementul să se piardă în propria lui locuință, să rătăcească în saloanele spitalului unde este internat, sau pe străzile orașului pe care le cunoaște de zeci de ani. Orientarea calendaristică poate prezenta modificări considerabile. Datorită acestei distorsiuni a timpului și spațiului, demenții pot să realizeze fugi care nu sînt efectul unei desfășurări impulsive ci pierderi și rătăcirii în gol.

Datorită nivelului scăzut de energie, a risipei prin dezordinea totală a activității, fenomenele de oboseală sînt mereu prezente și agravează întotdeauna ansamblul comportării demențiale. Dificultatea generală de adaptare mintală se repercutează și în activitate, în sensul că îndemnarea, promptitudinea, adecvarea gesturilor și acțiunilor mărunte intră și ea într-un regim de desfășurare încetinită. Dificultatea adaptativă generează atașamentul stereotip la activitatea de fiecare zi, cu refuzul oricărei inovații sau schimbări.

Din cauza deficitului de rațiune care se dedublează de o mare sugestibilitate, demenții pot fi ușor captați într-o acțiune de lingușire, flatare, de alintare ca și copiii. Defectul acesta este adeseori întrebuintat în defavoarea lor, ajungînd să-și piardă averea, să-și neglijeze familia în favoarea unor străini interesați, să redacteze un testament preferențial etc.

Am subliniat și am desenat în trăsături îngroșate portretul general al dementului. Nu putem realiza portretul individual, fiindcă atunci ar trebui să avem atîtea capite, cîți bolnavi există. Așa cum aspectul normal al vieții psihice oscilează între limite destul de largi, tot așa și intensitatea generală, nivelul mintal al dementului oscilează de la o poziție medie pînă la unele mici luminișuri ce pot să apară episodic și pînă la crize dezorientative, reprezentînd ictusuri de conștiință.

Trebuie să amintim că demența poate, în unele forme, să realizeze un fel de varietate senilă supusă, docilă, blindă, neproductivă. Din punct de vedere psihopatologic, trebuie să o considerăm ca o formulă în care deteriorarea nivelelor superioare ale psihismului nu eliberează, nu aduce la suprafață materialul egoist

și impersonal al instinctelor și pulsioniilor. Personalitatea acestor demenți numiți armonici, pașnici și liniștiți suferă un fel de zbîrcire, de palidare progresivă și dacă mediul izbutește să le asigure o existență mulțumitoare, ei nu au alte pretenții și nici nu provoacă conflicte și dezordine.

În cadrul considerațiilor clinice amintite, ne-am referit la condițiile endogene ale mecanismului demențial. Există însă și o serie de factori exogeni ce pot influența evoluția, declanșînd și accelerînd procesul care conduce ulterior la demențiere. Această prăbușire poate să fie marcată de o boală, de o suferință intercurentă, la fel cum o bruscă și amplă modificare a mediului social în care trăiește individul poate să constituie acest moment agravator.

Presbiofrenia Wernicke reprezintă o formă de psihoză demențială mai puțin deficitară pe care sîntem înclinați să o considerăm fie asimilată clasificărilor clinice actuale, fie eventual într-o diminuare a ei ca frecvență. Într-adevăr, dacă pe vremea lui Wernicke ea reprezenta marele diagnostic al psihiatriei senilității, astăzi ea constituie o raritate clinică. Guiraud, sprijinindu-se pe un material histopatologic, a crezut că leziunile care formează substratul acestei boli justifică considerarea ei ca un sindrom Korsakov senil. Spre deosebire însă de psihoza Korsakov, presbiofrenia Wernicke este o formă de demență senilă și se întîlnește mai ales la femei. Ca și în psihoza Korsakov, în presbiofrenie găsim un foarte mare deficit de memorie însoțit de fenomenul compensator al confabulației, de false recunoașteri, de o timie mai mult agreabilă.

Aceste forme de patologie senilă se desfășoară într-un fel de climat agreabil, activitatea confabulatorie nefiind agresivă și nici revendicativă. Limbajul este păstrat, gîndirea în limitele confabulației este mulțumitoare și explică delirul substitutiv.

Din acest punct de vedere ea manifestă la maximum un fenomen pe care-l întîlnim în alte forme demențiale și anume acela al fațadei. Așa cum există demenți decăzuți fizic, neîngrijiiți, murdari ca niște vagabonzi, întîlnim alții care păstrează o aparență impunătoare, au ten curat, păr îngrijit, o privire sinceră și deschisă. Din-

colo însă de această aparență onorabilă regăsim tot ceea ce definește demența, adică un dezastru, o dezordine și un deficit general.

Unele clinici de psihiatrie opun demenței senile și nenumăratelor ei forme de manifestare grupul **demențelor presenile**. Dar este tot atât de justificată încadrarea acestor forme în ansamblul general al proceselor demențiale deoarece criteriile de diferențiere nu sînt decît cantitative. Demențele presenile (**demența Pick** și **demența Alzheimer**) apar cronologic mai devreme decît demența senilă. Iar celălalt criteriu cantitativ reprezentat de viteza de evoluție a procesului involutiv este greu de întrebuițat, deoarece în vreme ce diversele cazuri de maladie Pick se pot extinde ca durată pe zeci de ani, demența Alzheimer se caracterizează printr-o viteză rapidă de degradare. Se descriu chiar și cazuri ce ar putea fi numite cu evoluție galopantă. Fiecare psihiatru cu îndelungată activitate clinică a avut ocazia să urmărească varietăți de demență Alzheimer, la care șase sau opt luni de evoluție au fost suficiente pentru ca toată drama descompunerii mintale să se consume pînă la moarte.

Argumentul unitiv pentru boala lui Pick, Alzheimer și demența senilă constă în similitudinea generală a procesului anatomo-patologic. Cu toate imaginile histopatologice specifice pentru cele trei entități clinice, aceste procese de degenerare și de distrugere celulară constituie, în ansamblul lor, marele fenomen al encefalozei, al abiotrofiei progresive și morții neuronale. Se vorbește sub titlul demențelor presenile Pick și Alzheimer de demențe atrofici, dar este în fond vorba de o exprimare pleonastică, pentru că nu există demență neatrofică.

Un alt argument invocat pentru separarea demențelor presenile de cele senile a fost acela al condiției ereditare, prezente în determinismul acestor boli. Dar, pe de altă parte, nimeni n-a putut demonstra că în demența senilă factorul ereditar nu joacă același rol însemnat. Trebuie să spunem în acest sens că de multe ori, clinicianul psihiatru are impresia că în cadrul unor familii demența senilă e întîlnită mai frecvent. S-au

notat astfel cazuri unde descendenții unui individ care s-a demențiat refac modelul patologic al antecesorului.

După aceste considerațiuni generale trebuie să spunem că înăuntrul cadrului clinic purtînd titlul generic de demențe presenile deosebiri între maladia Pick și Alzheimer se balansează cu grupul de fenomene asemănătoare dintre aceste două forme clinice. Pentru unii clinicieni diagnosticul diferențial între Pick și Alzheimer este considerat ca o problemă de mare finețe. Alți psihiatri subliniază imposibilitatea de tranșare, la un moment dat, între aspectele clinice ale acestor două procese involutive. Trebuie să recunoaștem că dubiul dispare atunci cînd anatomo-patologul are cuvîntul. Creierul unui bolnav cu demență Pick nu poate să fie nici microscopic, nici macroscopic confundat cu encefalul unui caz cu demența Alzheimer.

Demența Pick este mai frecventă la femei, iar ca vîrstă de apariție ea variază între 20 și 85 de ani, atîngînd un maximum de frecvență la 50 de ani.

Dacă așezăm într-o scară progresivă în timp modificările generale psihice din faza incipientă a bolii pînă la constituirea tabloului complet, trebuie să amintim că o serie de transformări ale creierului și ale persoanei sînt mai intense și rapide, mult mai în contrast decît în psihozele senile, deoarece nivelul de plecare nu a suferit o prealabilă involuție.

Bolnavul are tulburări de memorie care pot să se instaleze în cîteva luni, de la mici ezitări și dificultatea de a găsi cuvintele pînă la marea dezorientare caracterizată prin dezorganizarea ideativă și prăbușirea limbajului. Fenomenele incipiente sînt marcate de o dezinhibiție generală, de o scădere a simțului moral, de o pierdere a rezervei și a bunului simț, de comportamente excesive în sexualitate și în consumul de alcool, de nerespectarea programului de muncă și a datoriei vieții obișnuite. Acest deficit nu întîrzie să facă viața bolnavului imposibilă în mediul de inserție obișnuit.

Paralel cu această degradare a valorii sociale a individului, activitatea mentală descrește ca și nivelul de lichid dintr-un vas ce are o crăpătură. Activitatea ideativă se prăbușește, vechiul om care nu trăda nici o trăsătură de anormalitate se înlocuiește, treptat, cu altă

ființă care nu înțelege și nu se poate face înțeles și este năpădit de atitudini instinctive, lăcomie, lipsă de măsură, însoțite uneori de o euforie stearpă, de activități ce nu pot fi duse pînă la capăt. Această apraxie generală reprezintă imaginea în acțiune a dezorganizării suferite de limbaj și, paralel, de gândire.

Caracterul acesta de involuție rapidă, ca un fel de experiment natural în materie de demențiere, a permis psihiatrilor să schematizeze sindromul Pick după niște coordonate neuropsihiatrice în care se operează amplu referințe la fiziopatologia scoarței cerebrale și a formațiunilor subcorticale. Astfel, fenomenele de excitație, euforie, dezinhibiție, obscenitate, lăcomie, pot fi considerate ca expresie a interesării lobului frontal. Atunci cînd procesul atrofic cortical, caracteristic pentru Pick, interesează lobi frontal, sîntem justificați să atribuim acestor fenomene semnificația unei deconectări din ansamblul dinamicii corticale a regiunilor frontale. Fenomenele afazice, agnozice, apraxice trebuie să fie considerate ca un fel de material demonstrativ, pentru ceea ce știm astăzi în legătură cu lobi cerebrali și cu fiziopatologia acestora.

Semnele piramidale, tulburările extrapiramidale, sindromul pseudoparkinsonian însoțit de tremurături sau reprezentat numai din modificări de tonus, tulburările termogenezei, modificările de metabolism etc. fac din boala lui Pick un sindrom care poate să fie tot atît de mult și neurologic pe cît este de psihiatric. În legătură cu acest ansamblu simptomatologic trebuie să amintim un aspect foarte interesant, și deseori înregistrat, denumit fenomenul de oralitate. El exprimă o tulburare în sfera instinctului comportamentului alimentar și constă în aducerea la gură și a minca, mesteca și ingurgita toate obiectele ce cad în mîna bolnavului. I se dă de pildă o bucată de cretă să scrie pe tablă, bolnavul duce creta la gură și o mănîncă. Are o foaie de hîrtie în față o mototolește și o mestecă. Fenomenul acesta poate să ajungă pînă la autofagie și se înrudește evident cu una din cele mai dezagreabile manifestări înregistrate în faza de demență finală, și anume coprofagia.

În schematizarea clinică a mulțimii de simptome ce definesc boala lui Pick, remarcăm schema stabilită

de Guiraud. Urmărind evoluția bolnavului, notăm printre primele semne caracteristice și frapanta modificare palilalică a limbajului. În eforturile de a face fraze complete, bolnavul se împiedică în tendința de repetare a cuvintelor. Fraza nu se poate termina pentru că unul din cuvintele anterioare revine, se repetă mereu în chip palilalic „ce mai faci? mai fac... mai fac...” sau „unde te-ai născut? la Slatina, născut, la Slatina, la Slatina...” Această parazitare a limbajului reprezintă o tulburare pe care o înregistrăm printre primele mari defecte ale funcției de expresie. Dar limbajul continuă să se degradeze și în scurt timp este înlocuit cu o modalitate mai primitivă și deteriorată, aceea a ecolaliei: bolnavul nu mai răspunde decît repetînd întrebarea. Ce poate să mai urmeze după această catastrofă în scară, decît dispariția limbajului, mutismul, care exprimă un fel de pasivitate? Funcția de expresie și de înțelegere s-a pierdut, dar în spatele acestei tăceri se înregistrează valuri de tensiune, o expresie care poate să fie uneori întrebătoare iar alteori agresivă, fără a se transforma în nici un fel de act. Și această fază e depășită apoi, bolnavul terminînd prin a-și pierde orice mimică și fața devine rigidă.

Am spus că evoluția poate să fie uneori lungă. Dar cu cît forma respectivă de boală are o viteză de desfășurare mai mare, cu cît procesul dezorganizant este mai intens și violent, simptomele sînt mai ușor de sesizat, din cauză că într-un interval relativ scurt asistăm la demolarea edificiului psihic ca și cum în fiecare zi am lua mai multe rînduri de cărămidă dintr-un zid și ne-am coborî progresiv spre temelie. Iar cauzele sfîrșitului rezultă din pierderea relațiilor coordonatoare între scoarța cerebrală și ansamblul organismului. Fazelor succesive de involuție a formațiunilor cerebrale li se asociază, într-o concomitență general-organică, scăderea generală a vitalității pînă la sfîrșitul letal.

Boală fără tratament posibil, demența Pick constituie încă o serioasă piatră de încercare la întretăierea problemelor fundamentale ale biologiei. Ce este bătrînețea? Care este deosebirea calitativă între bătrînețea normală și patologică? Care este condiția limită a raportului dintre creier și funcțiunile mintale?

Un neavizat sau cineva care se interesează în chip teoretic despre psihiatrie, o să fie impresionat și proiectat într-o stare de dubiu atunci când va găsi în diverse texte afirmațiile unor clinicieni că separarea clinică între maladia Pick și Alzheimer nu are o importanță practică. Sublinierea nici nu se poate face, deși alte texte scrise cu același material de documentare și experiență susțin diagnosticul diferențial între aceste două maladii. Clinica demențelor presenile nu este de o rigiditate schematică și cazurile respective pot să realizeze tablouri care merg de la o eventuală diferențiere până la o totală confundare. Faptul că totuși nu se unifică descrierea clinică a acestor forme ține de constatarea că uneori, deosebirile sînt suficiente pentru a le descrie separat.

Am văzut că în debutul maladiei Pick se întîlnesc modificări generale de personalitate, dominate de apatie și indiferență, de manifestări care ar putea fi denumite moriatice. *Sindromul moriatic* este un semn cu o valoare patognomică pentru atingerea lobului frontal. În **demența Alzheimer**, întîlnim aceste manifestări, dar ele nu au totdeauna o pregnanță și sînt dominate de agitație, de o instabilitate care nu are trăsături euforice, ci de sterilitate în tensiune. Activitatea se răspîndește fără să izbutească să se organizeze și este dublată de o expresie agresivă și un habitus general de tensiune. Pe de altă parte, din cauza răspîndirii difuze a alterațiilor celulare, fenomenele de dezorganizare instrumentală (agnozică, praxică, afazică) sînt prezente.

Viteza de evoluție a patologiei de modelul Alzheimer este mai mare decît în demența Pick și nivelul de ansamblu al psihismului scade, în acest caz, repede. Starea de tensiune psihică poate realiza o încordare sterică și o cheltuire într-o activitate care este destrămată. Dar această stare de tensiune poate oscila spre polul motor, realizînd nu numai o hipertonie musculară difuză, în valuri, ci un fel de rigiditate care nu e nici piramidală, nici extrapiramidală, ci o tensiune mușchilară.

Printre legile generale ale bolilor creierului există una cunoscută de pe vremea lui Hipocrat și ea ilustrează deosebirea dintre regimul de zi și noapte al demențelor. În suferința cerebrală noaptea reprezintă cadranul agi-

tației, somnul fiind înlocuit de un fel de veghe, de insomnie, de agitație, de accentuare a mecanismelor automate. Un dement Alzheimer prezentînd acest caracter de agitație nocturnă, sterilă, nu-și găsește locul și se angajează în activități ce nu pot fi duse pînă la capăt. Acțiunile sînt în general iterative, stereotipe și ele caracterizează un apractic ce se împotmolește mereu. Tendința de a acționa se transformă într-o interminabilă nereușită ca și cum dementul ar fi pus în întineric și ar trebui să se descurce într-un turn Babel.

Întîlnim fenomenul de logodonie care este, de fapt, o silabodonie, o repetare a silabei finale din cuvînte. Vorbirea este dominată de tulburări afazice marcate, bolnavii nu mai găsesc și recunosc cuvintele, au tulburări de evocare (afazia amnestică) și de fixare. În spațele fațadei de agresivitate stupidă, fără conținut, limbajul se prăbușește după ce a fost logodonic și bolnavul este definitiv zidit într-o demență profundă care semnifică prologul unui sfîrșit apropiat.

Pentru unul dintre cei mai mari specialiști ai anatomopatologiei psihozelor demențiale cum a fost Marchand, diagnosticul diferențial este superflu din cauză că leziunile din demența Pick, Alzheimer și demențele senile sînt de așa natură încît nu avem deocamdată nici un argument ca să le separăm din punct de vedere etiologic. Probabil — spune Marchand — din punct de vedere etiopatogenetic există deosebiri cantitative în mecanismul abiotrofic care ne dau imaginea celor trei tipuri de demențe. Și pentru demențe, ca și pentru toată patologia cerebrală, determinarea este plurifactorială și nu putem concepe o cauză individualizată în aspectele și mecanismele ei. Peste tot se întretaie și combină un fascicol de cauze a căror convergență determină boala. Iar implicările de ereditate sînt sigur mai importante în demența Pick decît în celelalte două forme, procesul evoluează cel mai lent în demența senilă iar patoclixa este mai evidentă în maladia Pick.

Afecțiunile cerebrale care vin în discuție de diagnostic diferențial cu demențele amintite sînt psihozele alcoolice unde toxicul constituie factorul abiotrofic. În ceea ce privește coreea Huntington, factorul provocator al modificărilor parenchimotoase cerebrale este necu-

noscut, dar probabil de aceeași natură ca și în demența Pick și are un caracter ereditar indiscutabil. Mai există o scleroză periaxială difuză (Schilder) unde dismetabolismul de substrat aruncă singur alte mecanisme în joc. Leziunea atacă substanța albă și celulele suferă în consecință, spre deosebire de demențele presenile și senile unde suferința căilor nervoase și a mielinei este secundară atingerii celulare.

Imaginea histopatologică a demenței Pick prezintă celule umflate care-și rotunjesc conturul, se palidează și își deplasează nucleul spre periferie. Această repartizare a procesului atrofic realizează o micșorare de volum a circumvoluțiunilor cerebrale, o îngustare a lor, o transformare a cortexului într-o imagine semănând cu un miez de nucă. Repartiția atrofiilor este mai des înțilnită în regiunea frontală și temporală, rară în regiunea parietală și extrem de redusă în regiunea occipitală. Se modifică astfel grosimea emisferului însoțită de modificarea volumului și formei ventriculare. Din această cauză ventriculografia poate să fie un bun indicator pentru localizarea și întinderea zonei de atrofie corticală.

În demența Alzheimer modificarea fundamentală constă dintr-o leziune fibrilară ce se ilustrează printr-o îngroșare și „îmbobinare” a substanței fibrilare într-un fel de ghem încurcat. Imaginea aceasta este înlocuită apoi prin dispariția corpusculului Nissl și mărirea de volum celulară cu ratatinarea neuronilor până la dispariția lor.

Din cauza caracterului difuz al leziunilor Alzheimer se realizează în ansamblu o atrofie corticală, o creștere a spațiului ventricular, deci o imagine aerată. În tot cortexul sînt prezente plăci senile, iar din cauza dezechilibrului dintre stromă și parênchim asistăm la o gliomatoză care are aceeași răspîndire și caracter general ca și procesul lezional neuronal. Sînt de subliniat minoritatea semnelor de suferință vasculară, ceea ce demonstrează că printre mecanismele multiple de producere ale demențelor presenile factorul circulator ocupă un loc mai puțin important.

Demențele arteriosclerotice reprezintă suferința involutiv accelerată a creierului în urma atingerii primare a circulației cerebrale. Arterioscleroza ca suferință a va-

selor sanguine se poate împărți în atitea capitole de patologie cîte organe există în ansamblul general al economiei ființei umane. Fiindcă sîntem psihiatri ne interesează cota de suferință cerebrală și ea se eșalonează după toate gradele posibile de la discrete și fine alterații funcționale pînă la drama de dezagregare și distrugere a substratului nervos. Un arterioscleros poate ajunge în cazuri extreme la demență sau la accidente vasculare mari (ramolismen sau hemoragie cerebrală), dar între aceste două forme limită există o mulțime de tablouri clinice pe care individul le poate parcurge în întregime sau numai parțial: tulburări nevrotice, modificări de tip psihotic și demența propriu-zisă.

Procesul de sclerozare începe a doua zi după naștere, deci există arterioscleroză și la tineri, dar numai din punct de vedere anatomopatologic și nu funcțional. În ultima treime de viață acest proces de sclerozare se intensifică și primește o serie de caractere ce, îl pot transforma dintr-un defect într-o boală propriu-zisă.

Semnele de debut, de uvertură ale suferinței cerebrale de natură arteriosclerotică sînt de tip neurastenic, de scădere generală a nivelului energetic care se manifestă prin slăbiciune iritabilă, cenestopatii, insomnii, tristețe, manifestări hipocondrice, emotivitate crescută etc. Leonhard a lansat o formulă care a făcut carieră în clinica psihiatrică: incontinența afectivă, adică o tulburare a mecanismelor frenatorii, a adecvării emoțiilor pozitive și negative. Ele devin mult mai labile și mai puțin motivate, mai superficiale și copilărești.

Pe fondul general nevrotic pot să apară de la început sau mai tîrziu modificări marginale, idei delirante, preocupări cenestopatice și hipocondriace care se transformă în interpretări și se dublează de o mare anxietate, de idei depresive constituind un ansamblu de suferință ce seamănă cu o psihoză delirantă interpretativă sau cu o melancolie de involuție.

Corelațiile dintre funcțiile de ansamblu și activitatea derealizată se repercutează și asupra structurii delirului. El este sărac, monoton din cauza pierderii fluidității gîndirii și diminuării stocului mintal. Tulburări pronunțate de memorie determină ca elaborarea inter-

pretativă să nu posede vivacitatea și bogăția delirului ce a survenit pe un creier cu un potențial mai mare.

Tulburările mnezice pot fi socotite printre primele semne subiective semnalate de arteriosclerotic și deci criticate.

Sindromul neurologic rezultă din combinația posibilă după cele mai variate direcții dintre suferința arborelui vascular și teritoriul cerebral aferent irigat. El este reprezentat prin tulburări de echilibru, vertij, disfuncții vegetative, tulburări motorii și vasomotorii, claudicație, dureri de tip arterial, pseudobulbarism. Toată această „dramă” neurologică se însoțește multă vreme de conștiința bolii și suferindul asistă la ruina sa lui progresivă.

Edificiul persoanei decade progresiv, deși unele elemente ale persoanei își mai păstrează un timp o fațadă și intervine aceea „puerilizare” care a făcut ca laicii să asemene involuția cu vârsta infantilă, să vorbească despre vârsta în care bătrînul „dă în mintea copiilor”.

Demența arteriosclerotică are o evoluție oscilantă, cu zile mai bune și altele mai rele, cu valuri de pierdere a memoriei și cu revenirea la un modus memorandi. Curba de evoluție a unei arterioscleroze este neregulată spre deosebire de restul demențelor a căror evoluție prezintă o continuitate.

Față de celelalte suferințe dementiale, arterioscleroza este oarecum tratabilă, deoarece se pare că putem încetini efectul procesului involutiv. Prescrierea unei scheme de tratament cu vasodilatatoare (Agazol, Hydergine, Intensain etc.), hipotensoare (Hiposerpil, Hipazin, Guanitidină etc.), vitaminoterapie, dietă alimentară și medicație lipotropă (Heparină, Lipocaină, Asclerol etc.) permite corectarea simptome a deficitului neurasenic.

Aplicarea cu prudență a medicației neuroleptice și antidepressive va ameliora simptomatologia psihică (Diazepam, Sinequan, Antideprin etc.).

Să enunțăm și câteva considerații sociopsihiatrice despre **asistența bătrîneții**, deoarece — așa cum am văzut — cantitatea de bătrînețe existentă azi în lume este mai mare decît niciodată și ea aduce în medicină o problemă inedită. Protecția perioadei de declin și senes-

cență a individului are implicații extinse în tot cîmpul medicinei curativo-profilactice și, prin corelație, în acela al igienei mintale. În plus, problema bătrîneții interesează și pe cei care vor îmbătrîni mîine, deci, reprezintă o problemă de planificare a medicinei viitorului.

Gerontologia reprezintă o știință rezultată din colaborarea tuturor ramurilor de medicină pentru asistarea bătrînilor. Psihiatria este un colaborator de frunte în asistarea bătrîneții prin implicatele medicale și psihosociale ale involuției.

Multă vreme s-a crezut că bătrînețea reprezintă prin excelență o patologie de uzură și degradare cerebrală avînd ca rezultat reducerea capacității mintale și adaptive. Dar, cercetările de fiziopatologie cerebrală au relevat că în creierul bătrînilor au loc și procese productive, de activare a unor rețele neuronale menite să înlocuiască zecile de mii de neuroni ce se distrug zilnic. Aceste procese substitutive presupun însă ca activitatea mentală să fie activă permanent, fiindcă se atrofiază mai ales acei neuroni care nu sînt solicitați informațional.

Cercetarea circulației cerebrale relevă diferențe minime (4%) între irigația sanguină a unui om de 30—40 de ani, comparativ cu al unuia de 65 ani.

Derivă de aici importanța considerării factorilor sociali alături de fenomenele de uzură biologică, reversibile pentru menținerea randamentului intelectual la vîrsta bătrîneții.

Nu cunoaștem bine mecanismele biochimice și nici nu putem opri procesul de sclerozare a vaselor sanguine din creier sau alte organe. Dar putem să ameliorăm acele condiții de mediu socio-cultural care frînează extinderea procesului involutiv. Deficiențele terapiei curative sînt compensate prin acțiunea profilactică, de prevenire a instalării fenomenelor deficitare ale bătrîneții.

Îmbunătățirea condiției sociale a bătrînilor implică ca ei să fie feriți de inactivitate și singurătate. Inactivitatea, lipsa de sens a vieții și propriei persoane constituie primul pas pe calea degradării involutive. De aceea, antrenarea în tot felul de activități constituie una din modalitățile majore de a amîna vîrsta demenței. Însingurarea trebuie combătută fie prin rămîinerea îmbătrînitului în mediul familiar, fie prin asigurarea unui climat

psihologic agreabil în cadrul azilelor de bătrâni. În acest context, crearea unor centre moderne de asistență a bătrânilor trebuie să profite de pe urma acestor noi date furnizate de medicină, psihologie, sociologie.

Asistența bătrânilor presupune asigurarea condițiilor materiale de existență precum și posibilitatea încadrării lor într-o formă de activitate, care le asigură conștiința că sînt membri activi ai societății. Numai prin asigurarea unui climat psihosocial favorabil, bătrînețea, acest „amurg al zeilor”, va fi mai ușor de suportat și de dus într-un mod cît mai aproape de existența normală.

Valorizarea socială a bătrânilor, legătura între ei și generațiile următoare, retragerea la pensie din cauza oboselii, asistența patologiei involutive ridică o multitudine de probleme ce nu pot fi cuprinse decît în perspectiva planurilor de profilaxie a sănătății mintale. Ridicarea nivelului material și cultural în societatea noastră reprezintă o puternică frînă a declinului fizic și psihic propriu senescentei. Dar fenomenul este plurideterminat; deosebirile individuale fiind extrem de pronunțate uneori. Într-o perspectivă generală de organizare a asistenței profilactice a bătrîneții și involuției psihice, trebuie să urmărim aceste principii fundamentale dozabile însă individual.

CREAȚIE ȘI NEBUNIE

Omul devine creator atunci cînd reușește să **structureze o lume paralelă a formelor** tot atît de bogată în legitate ca și cîmpul realității, dar fără nici o altă implicare de necesitate, în afară de marea lege a comunicării și intercomunicării.

Prima dramă a spiritualității omenești, generatoare de destine prometeice la scară cosmică, s-a iscat atunci cînd limbajul a demarat ca un formidabil sistem de codare și comunicare a gândirii abstracte. Aceasta, înainte de a se fi închis și depășit etapa instinctivă, condiția animală a speciei care devenea umană. Primul „obiect” pe care se aplică limbajul rămîne definitiv același: **motivația**. Adică descifrarea unei „ne-necesare cauzalități” ce echivalează și netezește în natura noastră visul, dorința și fapta creatoare. Și astfel, motivația devine o „cauzalitate comunicativă” de **natură inter-ontică**,* deoarece nu sîntem posibili fără imaginea receptoare și fraternă a **tuității (TU)**, întregitoare și structurantă, ca și fără aceea sancționantă și valorantă a **illicității (EL)**; aceasta conferindu-ne, calitatea de a fi persoane plene și creatoare.

În vastul peisaj al Lumii, omul a început prin a fi un „lucru”. Așezat în destin, ca o picătură în ocean, și-a desprins din marginea conștiinței chipul, plasîndu-l ca mijlocitor între căldura oarbă a afectivității și glaciale

* Pentru precizări și detalii privind viziunea noastră interontică (triontică) a persoanei, a se vedea: *Psihologie și informație*, Editura științifică, 1972; *Nevrozele*, Editura Facla, 1974; *Persoană și devenire*, în curs de apariție la Editura științifică și enciclopedică.

lumină a înțelegerii. Dar în versiunea inițială, iscată în valea fără margini a haosului, au debutat două nesecabile fluvii paralele de chipuri. Unul constituit prin atracția magnetică pe care privirea întrebătoare a înșului o arunca spre mulțimea lucrurilor plantate în Univers și altul pornind din izvorul secret al imaginației, într-o supremă încercare de a le răspunde acestor „lucruri”, de a le oferi o „replică”, plămădită din constituentele palide și translucide ce alcătuiesc materialul visului. Pe acest teritoriu imaginar s-a născut arta, ca a „doua claritate a conștiinței”, menită să confere sens și unitate haosului, convertind discursul spiritului uman în materia poetică a formelor libere.

Încet, încet, arta a devenit evident o emanare a persoanei, care o cuprinde și o învolutează într-unul dintre cele mai esoterice fapte ale lumii cognoscibilului: tărimul formelor și simbolurilor. Inteligența construiește mereu niște „micro-muzee” imaginare, pe care se sprijină realitatea simbolurilor, rezultate prin anularea distanțelor dintre lucruri și formele lor. „Muzeul” imaginar — acest mod rațional de a trata dezordinea — constituie o extraordinară revelație despre laboratorul nostru intelectual. Grație acestei capacități a imaginării, omul nu mai trăiește epic aventura cunoașterii prin colecționism mintal și înșirarea secvențială a imaginilor. Toate acestea ar trebui să conducă spre o „poveste inteligibilă” a unui aspect sau porțiuni de realitate.

Se poate, desigur, afirma că arta înseamnă *experiment mintal anticipativ al miracolului*, dar nicidecum unul dogmatic. Ea se instituie întotdeauna ca o provocare în domeniul de variație și combinare al aleatorului, modelând onticul prin jocul formelor, cu intenția de comunicare.

Dar „miracolul” artei — care, pe alt plan, constituie dealtfel însăși proba ei de foc — nu se petrece în materie, în intimitatea ei, ci în legile de coeziune și sinergie de care este guvernată. Mai mult, acest „miracol” este el însuși o ipostază legică. Suprema lui calitate definitorie pentru artă constă în aparenta excludere a concluziei noetice. De aici rezultă permanenta deschidere actică, libertatea frumosului. Atunci când un simbol — de

exemplu — își „de-cifrează” toate „misterele” interogative se devitalizează și moare...

Fenomenele matriceale ale expresivității („formă”, „mister”, „redundanță” etc.) devin *substanță* în artă și dobîndesc astfel o funcționalitate „în direct”, transformînd mereu întîmplarea în cîntec și contrariile într-o vie osmoză morală. Fiindcă stă în firea artei ca formele, aceste fîntîni legice ale contemplării, să devină niște nobile descîntece pentru eternizarea materiei. Adică un elogiu adus Realului, înainte de a-l răpune și topi în creuzetul înțelegerii totale.

În perspectivă diacronă formele rămîn întotdeauna *proiecte*, replici prospective (adventice, melontice) ale istoriei, un continuu act prometeic de eliberare a vieții din întunericul amorf, ca și cum sufletele noastre ar fi ascunse în lucruri... Fiindcă, Lumea nu e a nimănui. Noi sîntem ai ei! Imaginea lumii a fost *re-creată* de fiecare dată cînd un artist cu suflet cald și spirit prospectiv și-a propus să mediteze spre adîncurile sale.

În artă formele devin lacăte magice peste legile lumii reprezentînd ultima etapă înainte de revelația arhitecturii de profunzime a lumii (**triontică** pentru noi). În această incidență, universul este al formelor, ca fapt primordial. Lucrurile sînt așezate în forme. Dialectica lor se derulează între *versantul intelectual*, ca instanță înspre care formele vin, și cel *imaginar*, acesta creînd și lansînd forme spre lume. Se structurează astfel **lumea paralelă a formelor**. Aici omul devine Demiurg — am putea spune — preluînd acest rol de la natură, pe care o depășește ca deschidere și prodigiozitate în geneza formelor.

Natura constelează, consumă, epuizează forme, dar se pare că nu mai poate fi socotită ca un generator de forme noi, ultima ei mare formă fiind însuși psihismul uman. Ca formă, sufletul uman nu mai poate fi divizat, dar se instituie, prin imaginar, ca o extraordinară „mașinărie” de creat forme. Această „mirabilă mutație” este totodată sfîrșitul ultim al omului ca „obiect” din Univers și începutul vertiginos al ființei afective și morale. Toate amprente cronogene acumulate în decursul metamorfazelor, sînt transpuse pe claviatura de orgă a sentimen-

telor care joacă zarurile capricioase ale fericirii și iubirii...

Imperativul major căruia i se supune creatorul este acela de a-și îndeplini plenar mesajul ce asigură o largă comuniune cu lumea și o spontană unitate cu propria conștiință. Or, pe această muchie îngustă se întâmplă iremediabila sfîșiere între artă și nebunie.

Așa cum visul nu e limbaj, tot așa „arta” psihoticiilor nu e nici comuniune și nici mesaj. Creația rătăcitului mintal semnifică totdeauna o „absență”, o panoramică dezolare și ruină psihică. Această statornicire în pseudo-forme reprezentînd expresia unei disocieri mintale profunde, transformă pe nebun în „ctitorul” unei lumi absurde și imposibile. Încercarea de a descifra „formele” universului psihotic ne trimite mereu la *incomprehensibilul* de dincolo de el, la aleatorul și izolarea înghețată a acestui peisaj interior.

Disociația „usucă” formele, le golește de ritmurile vieții și astfel alienatul psihotic devine — cum ar fi spus N. Stroilă — demiurgul unui univers cu semnificații heteronome comprehensiunii noastre. Nebunul rămîne definitiv „prizonierul formei” ce se naște moartă, a stereotipurilor și bizareriilor dezolante și însingurante. În schimb, pentru creator „evadarea” dintr-o formă în alta și combinarea lor înseamnă libertate sau, cum spune artistul, „centrul și inima și substanța creațiunii”.

„Arta” psihotică relevează crîncena tensiune din psihismul disociat, precum și efortul van de a regăsi realitatea și de a substitui astfel dialogul ruinat sau dizlocat prin trăirea halucinator-delirantă. Dar tristețea și fatalitatea nebuniei sînt suficiente pentru ca așa-zisul mesaj al artei psihopatologice să nu mai ajungă în planul comprehensiv. De aici a derivat — desigur — apropierea atît de frecventă și banală pe care gîndirea obișnuită o stabilește între arta abstractă și nebunie, între limbajul sistematic și schematismul steril al formelor din arta disociată.

Așa cum nebunul nu-și poate dăruî nimănui *anticunoașterea* sa dereistică, tot așa nu poate oferi nimănui rezultatul unor demersuri înspre frumos și comuniune axiologică. În schimb, artistul adevărat, posesor al unui psihism balansat sau echilibrat, se află mereu într-o

ipostază de generozitate, dăruire și descindere în adîncurile ființei sale. Din străfundul acestei încordări de auto-depășire își extrage nesfîrșita putere demiurgică de a crea noutate. Nebunul nu-și poate dăruî „creația” cu nimic mai mult decît ceea ce se poate converti în delir.

Dacă cele comentate mai sus nu ar fi adevărate, atunci ar trebui să primim, din cînd în cînd, în „dar”, din partea alienatului, irezistibila țesătură a lumii sale halucinator-delirante. Dar el nu ne poate dăruî boala sa, tot așa cum nu poate primi ofranda sănătății noastre! Lupta este deschisă și durează pînă cînd primele semne de vindecare îl conduc să se îndepărteze de chinuitoarea recădere în cercul vicios și repetitiv al falselor sale modele de cunoaștere. *Nebunul nu poate crea o lume paralelă de forme, care constituie în fond definiția artistului, fiindcă psihismul său este profund dezorganizat și derealizat. Lumea paralelă a sufletului prins în tragedia psihotică ar fi o stranie replică a neantului...*

În „cimitirul de noutate” al nebuniei nu mai înfloreste nimic, nu mai răsună nici un acord, nu se mai speră în devenire, nu se mai participă prin căldura elementară a empatiei... *Prin pierderea autodeterminării axiologice, totul se reduce la rătăcire și resemnare!*

În schimb creatorul de forme propune omenirii intenția sa angajată de comunicare, ofrandă înălțătoare ce consfințește noblețea umanului și devine proba *densității morale* a insului creator. Actul creator semnifică un teribil avertisment și nimeni nu trebuie să încerce experiența unică și iremediabilă a lucidității însingurate, a acestei generoase intermedieri între cunoașterea co-substanțială (co-ontică) ființei și cea împărtășită, dăruită. Deci între noeza revelată și cea explicată și girată axiologic. Creația exprimă o perpetuă promisiune despre magnificența axiologicului. Cosmosul formelor depășește Frumosul și se înscrie în orizontul nobil și nepieritor al Binelui.

Nebunia, cea mai profundă mutație alienantă a naturii umane, neagă această propensiune spre autotranscendere și instaurează domnia desfășurărilor contingente și incomunicabile care nu pot fi decodate prin logica discursivă sau comuniune afectivă. Încercările de a pătrunde bizareria lumii alienate printr-o metodologie an-

tropologică polivalentă nu reușesc să constituie o *hermeneutică*, dar adîncesc misterul opoziției dintre artă și nebunie. Fiindcă simbolul psihotic nu există, el fiind creația celor care decodează „arta” psihopatologică!

Meditînd la imperfecțiunea sa, ființa umană își simte încă o dată inevitabila angajare în dezlegarea enigmei Sfinxului: „Cine speră în zori cu tot elanul inimii, înțelege la amiază cu toată puterea spiritului și renunță definitiv să viseze la apusul soarelui”.

EPILOG

Unul din importantele caractere unificatoare pe care medicina modernă le implică în dezvoltarea ei prestigioasă, acela al *universalității*, nu e valabil și pentru psihiatrie. Asociată de aspectele culturale, sociale, economice, morale, etnice ș.a.m.d. știința psihiatrică are atîtea fețe cîte formule majore de civilizație coexistă azi pe globul pămîntesc. Ea nu este și nu poate fi *unitară* decît sub pericolul unei schematizări care ar devia-o de la misiunea fundamentală de asistență a accidentelor și dereglărilor apărute în funcțiile de înțelegere, înserare și afirmare a persoanei în lume.

În timp ce restul medicinei reprezintă o vastă interacțiune și asistență a adaptării omului la ambianță, psihiatria se desfășoară ca o știință a soluțiilor posibile de combatere a dereglării psihopatologice a raporturilor dintre individ și societate. De aici rezultă că se pot preconiza tot atîtea modele de psihiatrie cîte variante de organizare socială există, ca să nu mai vorbim de nuanțele de structurare specifică ale oricărui grup uman istoricește constituit (etic, cultural, economic, moral).

Părăsind metodic aspectele biologice — dar vizîndu-le mereu — psihiatria se ridică la o viziune care cîștigă în pătrunderea dialecticii persoanei, considerată ca *globalitate dinamică*. Problemele pe care le abordează psihiatria nu sînt solubile cu aparatul de cunoaștere propriu științelor biologice, *neutre* și an-istorice. Răspunsurile oferite de științele conexe nu constituie soluții valabile și exhaustive pentru problematica sa atît de complexă, care cuprinde judecăți de valoare, aprecieri de scopuri vitale, dorințe și idealuri, pasiuni sau

mecanismele complexe ale responsabilității și sentimentului de vinovăție. Ea transcende domeniul științelor biologice, desfășurându-se în domeniile supraordonate ale antropologiei și etnologiei. Mecanismele vegetative și de proiecție organică — al emoției, de pildă — nu contribuie la circumscrierea experienței delirant-anxi-oase a unui alienat, bunăoară.

Studiile de sociologie, genetică, psihologie, fiziologie cerebrală, informatică etc. contribuie la precizarea *cadrlui* în care se diferențiază patologia psihiatrică. Dar, nu există „omul social”, „omul biologic”, „omul economic”, „omul informațional” etc., ele nu sînt decît incidențe diferite despre o unică realitate reprezentată de persoana umană. Iar pentru iluminarea fenomenului originar de alterație psihotică a psihismului este nevoie de *sinteze* ce privesc organizarea dinamică a persoanei în condiții de sănătate și boală. Iată de ce ne permitem să enunțăm că progresul psihiatriei este posibil după trei direcții dominante: fie prin dezvoltarea științelor conexe, fie prin *optimarea* condițiilor complexe ale tratamentului sau prin *sinteze* care aruncă „zgura” faptelor irelevante și descoperă numitorul comun al unor interpretări teoretice. În acest sens, sperăm că modelul nostru privind *natura triontică a persoanei* și dezorganizarea lui posibilă în boala psihică, să constituie o astfel de sinteză antropologică.

Nebunia a fost considerată ca un fenomen paralel sufletului, așa cum sufletul a fost considerat paralel cu corpul. Ambele convingeri sînt însă greșite! Alienția mintală devine semnul de alarmă că persoana nu e o realitate perfectă, ferită de dezordine și suferință. Ea seamănă ca un frate geamăn cu normalitatea și este deci, un implicat la persoana întii a ființei umane. Aceia care consideră nebunia ca un fenomen paralel sufletului, vorbesc neautentic despre ea și în acest fel cred că pot scăpa de sentimentul neliniștitor al întîlnirii cu lumea greu penetrabilă, absurdă și misterioasă a procesului psihotic. Alienatul mintal își rezumă activitatea psihică la tentative pe cont propriu, de comunicare, verificare, persuasiune etc., detașându-se în singurătate. Însă aceste fenomene caracteristice de boală psihică se

relevă — într-o abordare antropologică — ca fiind făcute din aceeași „substanță” ca și normalitatea.

Retractarea și detașarea din reciprocitatea de conștiință definitorie pentru suferința psihotică este mult prea proteică pentru a mai rămîne o mercenară a „feudalității” clasificatoare. Și ca atare e nevoie să ne emancipăm din vetusta și liniștita atmosferă a cadrului taxonomic propriu psihiatriei clasice. Aducînd omagiala considerare retrospectivă celor care dedicîndu-se cu intransigență practicilor clasificatoare din psihiatrie au decupat și numit familiile fenomenologice ale patologiei psihotice, milităm pentru o revizuire a acestor „hărți” de suferință mintală, care nu mai corespund cunoașterii psihiatrice moderne. Ne înscriem astfel pe lista marilor convivi la „banchetul” interdisciplinar al antropologiei moderne.

Pe de altă parte, gîndirea psihiatrică a fost secole întregi bîntuită și scuturată de cumplita luptă de prestigiu și primordialitate dintre *corp* și *suflet*.

Punîndu-se problema naturii bolii psihice, încă de la Albertus Magnus sau Toma d'Aquino apare ideea nebuniei ca boală corporală, întrucît spiritul fiind perfect, este inalienabil. Peste cîteva secole reapare la Schelling teza nebuloasă și mistică după care bolile mintale sînt ale „spiritului” în „activitate”; nebunia nu se „naște” nu „apare”, ci se „exprimă”, „își nește”, „iese în afară numai”, deci este funciar conținută în virtualitățile psihismului asupra căruia planează ca o umbră malefică. În filiație tomistă, romanticul Schelling crede că numai „sufletul” (pentru el Spiritul Universal), participînd la divinitate, este cruțat de pericol.

Într-o terminologie altfel nuanțată, Hegel reia într-o modalitate dialectică teza lui Schelling, dar afirmă cu claritate corporalitatea bolii psihice într-o fenomenologie a „trupescului” și „sufletescului” reunite, evidențînd caracterul de boală al nebuniei, puritatea spiritului menținîndu-se numai în absolut.

Acest interes teoretic, din perspectivă filosofică, al încercărilor de limpezire a conceptelor antropologice fundamentale se menține aproape în aceiași termeni pînă astăzi. Dar centrul de greutate se va muta cu timpul — în sensul delimitărilor filosofice menționate —

mai mult în sfera nevrozelor și psihopatiilor, *criteriul axiologic* fiind acum în primul rând vizat. Înlăturînd învelişul speculativ al meditaţiilor mai sus amintite, observăm că nebunia a apărut și mai apare încă ca un defect conținut al speciei, care poate deveni manifest printr-un *experiment natural*. Dilematica geneză a aces-
tuia va constitui arena principală de luptă a medicului de suflare cu sfîșierea existențială produsă de fenomenul morbid. Excursul teoretic se convertește într-o dramatică înfruntare concretă.

Un dualism aproape infranșisabil va polariza „marea psihiatrie” încă de la începuturile constituirii sale ca știință. În Germania începutului de secol XIX se desprind, odată cu încheierea unei perioade romantice în care visul, poezia și nebunia sînt tratate în același context și într-o atmosferă impregnată de o metafizică cețoasă, două direcții principale: școala „psihicilor” care acordă o deosebită importanță „răului”, „păcatului” etc. și școala „somaticilor”, care neglijînd specificitatea bolilor psihice, le consideră mecanicist numai ca epifenomene ale bolilor somatice.

Credem însă că o perspectivă *dialectic-istorică* va recunoaște în efortul de determinare a unui factor somatic generator al procesului psihopatologic, un impuls — chiar dacă limitat de un balast teoretic — ce conține virtual germenii unei autodepășiri. Deci, de la pura psihopatologie speculativă în care problematica psihiatrică era legată intim de cea metafizică, spre constituirea unei discipline medicale.

Falsitatea de scoică a acestei probleme a fost denunțată prin imensa perspectivă a **materialismului dialectic**, care a enunțat **sinteza strălucită a persoanei ca matrice a libertății**. Pentru noi persoana reprezintă o **globalitate triontică**, în care fiecare trecere din alternanțele și secvențele triadei psihice (EU, TU, EL) se sprijină pe o dinamică a înțelegerii și participării la realitate. Organizarea persoanei se situează dincolo de sinteza dintre corp și suflet, urcînd spre planul valorilor și depășind toate sistemele de ordine cunoscute. În acest fel, sperăm să evităm impasul epistemologic al dualității corp-suflet, care a „ștrangulat” atîta vreme și noțiunea de boală psihică.

Modelul de psihopatologie triontică pe care-l propunem, luminează într-un unghi maxim de abordare antropologică teritoriul de investigație situat între psihogeneză și formele de disoluție și dezagregare ale psihismului. Dealtfel, o nouă concepție este întotdeauna binevenită, ca o necesitate irezistibilă, chiar și atunci cînd s-ar părea că nu există încă fapte suficiente apte să o valideze. Or, în antropologia modernă s-a adunat atîta material informativ, încît teoria rămîne mereu în urma cunoașterii pragmatice, ca o umbră leneșă așternîndu-se pendulant între persoană și lume. În această nouă perspectivă de înțelegere a bolii mintale nu trebuie să uităm că în spatele psihozei se află bolnavul și întotdeauna să corelăm faptul psihiatric cu valorile spirituale și cu problema libertății individuale. Numai considerat așa, omul liber și critic, afectiv și etic, social și inovant nu se va pierde printre celelalte sisteme pe care știința modernă le enunță și dezvoltă vertiginos.

Pe de altă parte, ultimii treizeci de ani au marcat în asistența psihozelor o epocă nouă, revoluționară, de intensă activitate terapeutică inaugurată odată cu introducerea în tratament a medicației psihotrope. Contribuția cea mai de seamă a clinicii psihozelor constă în transformarea evolutivă a acestor boli grave, complicate și adeseori cu prognostic sumbru: azi unii rătăciți mințali se remit total și se reinseră social; alții sînt ameliorați pînă la nivelul unei personalități marginale. Dacă acești bolnavi rămîneau altădată iremediabil închiși între zidurile spitalului de psihiatrie, datorită tratamentului neuroleptic ei pot duce o existență liniștită, sub protecția instituțiilor de igienă mintală. În aceste cazuri de remisiuni parțiale se instalează un fel de legătură continuă și funcțională între bolnavi și spital. Aceasta înseamnă transformarea alienatului mintal într-un „membru de familie” al clinicii psihiatrice, într-un fel de „abonat permanent” care-l transformă într-un bolnav ocrotit. Este ipostaza psihiatrică cea mai interesantă și cel mai uman aspect al metodelor terapeutice.

Dar, să recunoaștem deschis, un număr încă destul de mare de bolnavi psihici nu se remit sub atacul convergent al mijloacelor terapeutice. Ei vor fi din prima zi de boală „abonați” cronici ai spitalelor de psihiatrie.

Acesta constituie aspectul negativ, greu de înfruntat și pesimist, uneori dezarmant al meseriei de psihiatru.

Tratamentul somatic nu se bazează pe o teorie explicativă univocă a bolii psihice. Să ne amintim că și neurolepticele au fost realizate inițial pentru cu totul alte efecte decât tratamentul bolilor psihice. Succesele obținute sînt întotdeauna în legătură directă cu precizia, cu îngrijirea generală cu care se aplică tratamentul, cu organizarea spitalelor de psihiatrie, cu conștiinciozitatea personalului, cu regimul de dispensarizare ce urmează tratamentului propriu-zis. Adică prin potențarea tratamentului biologic cu metode care acționează prin mijloace ce se adresează direct psihismului: *psihoterapie* și *socioterapie*.

Bolnavul trebuie atras în cîmpul de forțe al dorinței de a colabora cu medicul pentru a se vindeca. Iar contactul acesta „om-om” se realizează la nivel afectiv (simpatie, compasiune, empatie ș.a.m.d.), cuvintele funcționînd îndeosebi ca „arme” vindecătoare și mai puțin ca punți intersubiective.

„Arta” de a vindeca nu are reguli prestabilite și nu se poate uniformiza, deoarece șansele de ameliorare sînt închise misterios în fiecare bolnav psihic. Dar știm că „mizeria” psihică se poate combate cu mijloace de „bord”, pe care le avem fiecare. Și astfel, prin constelarea tratamentului neuroleptic cu psihoterapia, s-a ajuns la transformarea evolutiv-reversibilă a psihozelor.

Activitatea psihiatrică își propune să rezolve trei mari obiective în tratamentul bolilor psihice:

- Prevenirea bolilor psihice prin aplicarea unor măsuri de igienă mintală.

- Tratamentul bolilor mintale, a bolnavilor aflați în plin puseu psihotic care se realizează în spitalele și clinicile psihiatrice.

- Îngrijirea bolnavilor cronici, respectiv dispensarizarea lor prin serviciile de psihiatrie ale policlinicilor sau instituțiilor specializate de igienă mintală. Recentă înființare a Centrelor de sănătate mintală va contribui la îmbunătățirea activității de prevenire și dispensarizare a bolilor psihice.

Consecințele bolilor psihice trebuie judecate atît într-o perspectivă imediată, cît mai ales într-o perspec-

tivă pe termen lung, în vederea prevenirii recidivelor. În acest sens, atribuțiile serviciilor de specialitate constau în studii și evidențe de epidemiologie a bolilor mintale, ecologie psihosocială, statistici comparative, analiza factorilor de normalitate psihică, formularea planurilor de profilaxie și dispensarizare, elaborări teoretice generale ș.a.m.d. Toate materialele prelucrate de aceste servicii vor fi racordate la acțiunea generală de planificare și realizare a asistenței psihiatrice.

Dacă amintim necesitatea supravegherii continue a factorilor generali de mediu fizic și sociali pentru orice tip de colectivitate, ne dăm seama că evoluția modernă a protecției sănătății mintale merge după aceeași direcție, iar psihiatria modernă devine tot mai mult o *psihiatrie a colectivităților umane*. În concepția noastră generală de planificare și organizare a protecției sănătății mintale, spitalul de psihiatrie trebuie să se completeze funcțional cu o amplă și eficientă organizare a asistenței extraspitalicești, a dispensarizării și tehnicii de reintegrare socială.

Tratamentul psihiatric poate fi aplicat aproape tot atît de bine și în *serviciile deschise*. Avantajele asistenței extraspitalicești derivă din natura însăși a bolii și dezechilibrului psihic. El permite supravegherea, tratarea și îndrumarea suferindului mintal fără artificiala separare pe care o implică spitalul cu regimul său claustral, inevitabil. Organizarea acestor forme de terapie și profilaxie prezintă avantajele diagnosticului precoce, supravegherii continue și mai ales îi transformă pe terapeuți în cunoscători ai mediului complex în care trăiesc pacienții lor, în arbitri activi ai problemelor de adaptare și ai conflictelor, în îndrumători ai familiilor, părinților, copiilor etc. Pe de altă parte, sîntem convinși că aceste metode vor avea și influențe educative asupra opiniei publice în general, determinînd o atitudine mai rațională, adecvată față de boala și anomaliile mintale.

Enumerarea acestor elemente constituie în același timp o subliniere indirectă a dezavantajelor din ce în ce mai evidente ale *serviciilor închise*. Spitalizarea bolnavilor psihici constituie adeseori cauza insidioasă a cronicizării, și astfel ea trebuie înlocuită cu tratamentul precoce și cît mai aproape de condițiile sociale obișnuite.

Dealtfel, încurajarea internării spontane, intensificarea tehnicilor de readaptare, tratamentele post-cură, de „întoarcere” în mediu, atenuează simțitor dezavantajele serviciilor închise și permite perfecționarea serviciilor deschise de asistență, tratament și profilaxie.

Pentru asistența psihiatrică reformele, aspectele practice sau teoretice pot fi realizate numai dacă *principiile de sănătate mintală* vor pătrunde amplu în acțiunile de organizare a sănătății publice. Iar valoarea și semnificația conceptului de sănătate mintală va suferi influențe multiple, determinate de cultura și ideologia comunităților umane. Sănătatea mintală înmănușează astfel ansamblul aspectelor pozitive ale persoanei umane libere, creatoare, angajată conștient și plenar în făurirea unei societăți noi și în progresul general al omenirii. Ea devine un fir roșu, conducător pentru orice *sinteză antropologică* realistă și optimistă.

E greu de spus dacă patologia din „marea psihiatrie” (psihozele) marchează azi o creștere în frecvență și amploare. Convingerea noastră intimă — bazată pe studii și opinii care și-au făcut de multă vreme drum în psihiatria progresistă — este că nu există decât fluctuații fără importanță și fără semnificație specială la nivelul general-statistic al bolilor psihice. Acestea apar, oarecum, ca o „constantă” a speței umane, ca un fel de „coeficienți de eșec”, pe care nu-i putem însă controla și influența favorabil.

Reforma generală a mentalității umaniste determină o influențare din ce în ce mai diferențiată a opiniei publice în favoarea asistenței și reintegrării sociale a bolnavilor psihici. Hiperpecializarea societății moderne, repercusiunile progresului tehnic, creșterea imensă a volumului de informații în toate domeniile de știință și cultură, accelerarea vertiginoasă a ritmului de viață etc. au amplificat inevitabil necesitatea asistării suferinzilor mintali. Fiindcă tolerarea unui anormal mintal în mediul social obișnuit a devenit de neconceput în secolul XX. Valoarea socială a individului este dată de intensitatea prezenței sale, de activitatea și participarea vie la acțiunile și pulsațiile colectivității. Or, toți factorii care barează sau diminuează această prezență necesită o intensă și sistematică combatere.

Asistența clinică a bolnavilor mintali a realizat și continuă să facă progrese comparabile cu dezvoltarea medicinei moderne. Clinica psihiatrică, folosind metode farmacologice, biologice, electrice, psihoterapeutice, a devenit astăzi tot atât de activă ca orice secție de medicină internă sau chirurgie. Bolnavul psihic este amplu protejat și ajutat să „redevină” un *socius*. Și totuși stadiul actual de dezvoltare al societății și a științei, ca și caracteristicile specific umane, ne obligă să contăm încă pe o lungă perioadă de persistență a problemelor fundamentale ale patologiei psihice. Din această cauză, intensitatea și responsabilitatea crescută cu care se pun problemele legate de asistența și profilaxia maladiilor psihice constituie o importantă trăsătură a umanismului vremurilor noastre revoluționare.

Școala de psihiatrie românească are o tradiție revoluționară relativ scurtă, dar prestigioasă. Perspective din cele mai optimiste se deschid în fața generațiilor tinere, lucid angajate în practicarea și dezvoltarea unei medicine cu puternice valențe umanitare și sociale. Ea reflectă un nou tip de umanism, o nouă atitudine despre persoană ce se poate dezvolta astfel armonios și echilibrat în lumea pe care o construiește.

Acum, când în fiecare zi societatea noastră progresa spre autodeterminarea demnă și liberă, definiția omului adevărat nu mai poate să ignoreze importanța pe care o are în structura lui, echilibrul mintal și emoțional. În acest context, să nu uităm că toate reperele folosite de amenire ca să-și verifice cuceririle sale sînt stări sufletești-emoționale : fericire, simpatie interumană, bucuria de a trăi.

SUMMARY

"Psychoses", a book subtitled "Personality and Madness", is the second volume of a trinomial that aims to include in a synnoetic commentary the three fundamental models (the neurotic, the psychotic and the psychopathological one) of the normality's degraded replica, which constitute the mysterious psychical disease.

Man started by considering madness (psychosis) as one of his natural states, in which he rediscovered himself and with which he identified himself completely. Thousands of years he experienced the co-substantiality of his own condition with that of mental alienation. Only later did he begin to translate the conceptual signification of madness into a pejorative, delimitative and degrading modality placed on another plane, disparate from that of normality.

While psychiatric knowledge has split and differentiated mental illness from normality in such a manner that the gap between them has progressively widened, anthropology has attempted a new synthesis between consciousness and the astounding "adventure" of madness, on a higher plane, trying to discover its possible site in human nature. Madness appears to us as a possible facet of human existence, of human behaviour. It should be looked upon as falling within the range of the aleatory human element, which swings between large limits and all possible directions offered by reality.

Based on all sciences which might provide information, from genetics to sociology, from biochemistry

to pharmacodynamics etc. modern psychiatry has changed its traditional viewpoint for of its major problems. We are witnessing a comprehensive restructuring of the universe of madness. With the introduction of modern medication in the treatment of psychoses, the mentally invalid has become a recoverable item of human existence. A movement, a development in the time and space of human pathology has been added to the old systems of comprehension and treatment.

The humanitarian task of psychiatry is not exhausted by the hard battle fought for psychical healing. Psychiatry also makes an attempt to enlighten profane knowledge towards the depth of the mysterious pain, which is generically called madness. Thus it has to circumscribe and to delimit "reality" from the "myth" of madness, to diminish profane ignorance and improvisation on the nature and signification of the psychical illness.

By the successive models proposed for the comprehension and empathic understanding of madness, modern psychopathology tries to penetrate the impoverished arid and glacial mental universe in which the psychically aberrants live. In this sense our model of a tri-ontic structure of the human personality and its possible disorder in psychical diseases represents an anthropological synthesis which might, we hope, discard the "slag" of irrelevant facts and discover the common denominator of possible interpretations. For centuries anthropological thinking has been haunted and shaken by the terrible battle of primordality and prestige between body and soul. The "shell" falsehood of this problem has been vigorously denounced by the immense perspectives of dialectical materialism, which enunciated the brilliant synthesis of personality as a matrix of freedom. We consider the human personality a tri-ontic globality, in which every passage through the alternances and sequences of the psychic triad (I, YOU, HE) is based on the dynamics of understanding reality and participating in it. The organization of the human personality lies beyond the synthesis between body and soul ascending towards the level of values and surpassing all known taxonomic systems. We hope, thus,

to surmount the epistemological impasse of the body-soul duality, the impasse which has also "bottlenecked" the conception of mental illness for such a long time.

The fundamental criterion of comprehension in psychiatry can be only a qualitative-dynamic criterion. It consists in identifying the pattern of the degraded psychical life of the psychotic patient. In our view, three perspectives — a formal, a structural and a systemic one are united in a psychopathological pattern. This methodology allows us to point out psychotic disorganization, to compare the patient with himself, as well as to diachronically check his adaptive and integration functions.

Because of the contradictory tension between the tri-ontic poles, the psychotic comes to lose the YOU (tuity) in the dissociative proces and the HE (illeity) in the delirious "invasion", being defined as an anti-person, as a formula of retraction in himself, which progressively destroys psychical life. Psychotic deficiency has a basic location in the architecture of psychism, namely at the level of the person form (I), where an instinctive-affective constant functions. This is accompanied by an inversion of the original opening towards a completing and structure-giving YOU. As long as in psychotical disorder there exists no form, we cannot have a promise of movement and existence. It is well understood why psychosis (madness) is the anti-definition of the human being, i.e. a degraded replica of the human personality located outside the major coordinates of the world: space, time and information, tumbling into a para-reality in a useless chase for the analogy between personality and world, which is irremediably impaired.

This "opus" presents the clinic and treatment of endogenous and exogenous psychoses as well as the pathology of involution, making use of a less conceptualized but polyvalently more expressive language. Retraction and detachment from the reciprocity of consciousness, which is characteristic of the psychotic suffering, is much too diverse to remain a tributary classifying feudality. Therefore it becomes necessary to get rid of the obsolete and reassuring atmosphere of the taxo-

nomic quadrille peculiar to classical psychiatry. Paying our homage to all those who have dedicated themselves with intransigence to the classifying practice in psychiatry by segmenting and naming phenomenological families of psychical pathology, we militate in favour of a revision of these "maps" of mental illness, as they do not correspond any more with modern knowledge in this field. We thus want to be registered alongside the grand convives at the syn-noetic "banquet" given by the anthropology of this "fin-de-siecle".

The model of tri-ontic psychopathology which we suggest aims to enlighten in a maximum angle of anthropological approach the entire field of investigation ranging between psychogenesis and the forms of disaggregation and dissolution of psychism. As a matter of fact a new conception is welcome as an irresistible necessity, even if it would seem that there are not yet sufficient facts capable to validate it. In modern anthropology, there is such an accumulation of information material that theory always lags behind pragmatical knowledge, as a sluggish shadow, spreading pendulously between personality and world.

But in this new perspective of comprehending the mental illness, we should never forget that behind the psychosis there is the patient and we should correlate the psychiatric fact with the spiritual values and the problem of individual freedom. Considered in this way, the free and critical man, the affective an ethical man, a social and inventive being, will not get lost among the other "systems" propounded and developed with high speed, emphatically saluted only to be soon forgotten out of an inevitable obedience to neo-creation and the merciles dictatorship of novelty.

„Les psychoses“, c'est à dire le titre de ce bouquin, est repris dans le sous-titre qui indique notre intension de parler sur les relations possibles entre la Personne et la Folie.

L'essai présent se propose en même temps, d'être le second, d'une trilogie dédiée elle même a une „trinomie“, qui a comme sujet l'intension de développer les relations „syn-noétiques“ de ces trois modèles fondamentaux (névrotique, psychotique et psychopathiques) qui sont — pour les auteurs la réplique dégradée de la normalité.

L'être humain a commencé par constater un fait qui tenait d'ailleurs de l'évidence et qui démontrait que la Folie est un de ses visages naturel pendant des millénaires, il s'est livré a cette évidence. Par surcroit, il fut toujours convaincu de la „cons substance“ de son être et celui de la Folie.

Et se n'est que bien plus tard qu'il a commencé a traité la signification intrinsèque de la folie comme une modalité péjorative, limitante et dégradante de son âme.

Si, quand-même, la connaissance psychiatrique a séparé la maladie mentale de la normalité, l'anthropologie tente une nouvelle synthèse entre les faits de conscience et la „vertigineuse“ aventure de la Folie humaine.

Pour nous même, la folie fait semblant d'être une modalité existentielle que nous considérons en dedans de la condition aléatoire de l'être qui se meut selon toute les directions possibles du réel et de la liberté de comprendre.

Ainsi, en s'appuyant sur toutes les disciplines, la psychiatrie actuelle a déplacé l'horizon de ses problèmes fondamentaux et nous sommes les contemporains d'une totale réforme de l'„univers“ de la folie. La médication moderne — d'autre-part — a créé une modalité sensiblement appréciable pour racheter l'existence humaine. On ajoute ainsi — un parametre d'existence à l'espace pathologique de l'aliénation. Mais le rôle humain (trop-humain !) de la Psychiatrie ne s'arrête pas et ne se voit pas épuisé par cette „grande bataille“ de la guérison. Elle tâche d'ajouter à toute cette connaissance profane et intuitive de ce qu'on appelle en général, la folie, une limite entre la réalité et le mythe de l'aliénation.

Par les „modèles“ proposes pour la compréhension et l'„empathie“ de la folie, la psychopathologie contemporaine se propose de penetrer dans les profondeur de cet univers d'indigence, pauvre et glacial des „existants“ qui sont les égarrés de la lucidité d'esprit. Dans ce sens, notre modele concernant la nature triontique de la personne et sa desorganisation possible dans les maladies psychique — représente une synthèse anthropologique qui pourrait — croyons nous — découvrir une commune mesure des faits et de leur interprétation.

La pensée anthropologique fut, pendant des siècle, écartelée entre la primordialité du corps et celle de l'esprit.

C'est le matérialisme dialectique qui a formulé en toute claré, la brillante synthèse de la personne considérée comme matrice de la liberté.

Pour nous mêmes elle représente une globalité triontique ou chaque alternance ou démarche de la triade psychique (Moi, Tu, Il) est soustee et appuyée par une dynamique de la compréhension et de la participation au réel.

L'organisation de la personne se situe au delà simple synthèse du corps et de l'âme et remonte jusque'au niveau des valeurs. C'est ainsi que nous espérons dépasser l'impasse épistémologique de la dualité corps-âme qui a étranglé pendant si longtemps la notion de maladie psychique.

Le critère fondamental de compréhension en psychiatrie, ne peut être que dynamique et calitatif. Il résulte de l'identification et la description du modèle dégradé du psychisme. Il s'agit donc de la réunion des trois perspectives (formelle, structurelle et systématique) en un modèle psychopathologique — qui est évidemment, triadique.

Cette méthode nous permet de mettre en évidence la désorganisation psychotique, la comparaison du malade à lui-même, ainsi que la vérification „diachronique“ de ses fonctions adaptatives et celles d'intégration valorique.

Par la tension contradictoire présente entre les pôles triontiques, le psychotique va perdre le Toi (tuité) dans le proces dissociatif et son „Il“ (illéité) dans l'invasion délirante. Il (le psychotique) arrivera de la sorte à la définition d'anti-personne, comme une formule de retraction en soi-même, de plus en plus „anéantisante“ pour le vie psychique.

Le défaut du psychisme est basal par rapport à sa propre architecture, là où sa définition est contenu dans sa forme (Moi), c'est à dire au niveau général d'une constante instincto-affective. Il s'agit en même temps — d'une inversion de l'ouverture affective originaire vers le Toi (alter-ego) qui jouait comme un intégrateur structural.

Et, tant que, dans le désordre psychotique il y a une manque de forme, on ne peut espérer à une promesse de mouvement et d'existence.

On comprend pourquoi la psychose (ou la Folie) est — pour ainsi dire — l'antidéfinition de la personne, une réplique dégradée, placée en dehors des coordonnées majeures du monde, l'espace, le temps et l'information.

Tout cet édifice s'engloutit dans une para-réalité qui ne retrouve plus l'analogie fondamentale possible entre la Personne et le Monde.

Dans l'œuvre présente, il s'agit de la Clinique et le traitement des psychoses „endogènes“, de celles „éxogènes“ ainsi que de la pathologie de l'involution.

Nous n'oublions, cependant pas que la détérioration et la „décadence“ du niveau de réciprocité des consciences, continue d'être la définition pour le souffrance psychopatique qui ne se plie plus à la trop simple ordre des

classifications. Ce qui ne nous empêche pas de rendre hommage à la grande oeuvre de taxonomie phénoménologique.

Tous les éléments de cette prise de position justifie croyons-nous ce que nous appelons l'intégration synœtique à l'anthropologie du vingtième siècle.

Le modèle de pathologie triontique nous proposons, désire apporter un éclaircissement anthropologique au territoire qu'occupe les grands problèmes qui se placent entre la psycho-génèse et la désagregation du psychisme.

D'ailleurs, une conception nouvelle trouve toujours sa justification même lorsque les apparences ne fournissent pas encore une quantité suffisante d'arguments pour une indiscutable validité.

CUPRINS

Prefață	5
Scurt istoric al nebuniei	13
Patologia psihică — mod de înstrăinare	31
Psihopatologia psihozelor	60
Psihoza maniaco-depresivă	85
Schizofrenia	130
Delirele cronice sistematizate	214
Psihozele exogene	218
Patologia involuției	254
Creație și nebunie	281
Epilog	287
Summary	296
Resumé	300